

FACULTÉ DE DROIT DE PARIS

LA LOI
SUR
L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE
ET
SON APPLICATION

DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SOMME

PAR

JACQUES BOUFFARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Juin 1910

à 1 heure 1/2

Président : M. HITIER.

Suffragants { M. BERTHÉLEMY.
 { M. TISSIER.



AMIENS

IMPRIMERIE DU PROGRÈS DE LA SOMME

18, RUE ALPHONSE-PAILLAT, 18

THÈSE DE DOCTORAT

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

FACULTÉ DE DROIT DE PARIS

LA LOI
SUR
L'ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

ET
SON APPLICATION
DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SOMME

PAR
JACQUES BOUFFARD

THÈSE POUR LE DOCTORAT

Présentée et soutenue le Mercredi 1^{er} Juin 1910

à 1 heure 1/2



Président : M. HITIER.

Suffragants { M. BERTHELEMY.
M. TISSIER.



AMIENS

IMPRIMERIE DU PROGRÈS DE LA SOMME

18, RUE ALPHONSE-PAILLAT, 18



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La loi du 15 juillet 1893, sur l'Assistance médicale gratuite a, pour la première fois, consacré en France le devoir social d'assistance et organisé sur des bases rationnelles les services qui en découlent, c'est-à-dire l'Assistance publique.

C'est tout un régime de droit nouveau qui allait se substituer à l'ancien, imprécis, précaire et mal ordonné.

Cette loi se trouve constituer par sa date, la première application d'un programme de solidarisme scientifique et juridique, dont le développement se poursuit méthodiquement. Il est, pour les collectivités, un devoir impérieux de solidarité, d'humanité et de justice à remplir au bénéfice de ceux de leurs éléments qu'atteignent la maladie, les infirmités ou l'âge : tel est le principe, telle est l'idée générale et directrice de ce programme. « Parmi les « devoirs de la Société, figure au premier rang celui de la « bienfaisance publique ; car la Société est instituée pour le « plus grand avantage de tous ses membres ; elle doit son « appui plus spécialement à ceux qui, dans leur infortune, « ont le plus besoin de l'obtenir. C'est le devoir imposé par « une tutelle naturelle et sacrée ; c'est le devoir qui dérive « d'une adoption irrévocable ; c'est le devoir qui résulte « d'un engagement tacite et d'une solidarité universelle. » (1) « Une des nécessités de toute organisation sociale est de « secourir ceux qui ne peuvent pourvoir par eux-mêmes

(1) DE GÉRANDO. *La Bienfaisance publique*.

« aux besoins de leur famille... Aucune théorie ne saurait
« justifier l'abandon de ceux qui souffrent. » (1)

On peut dire que la loi de 1893 a marqué une étape décisive dans la législation sociale de la troisième République. C'est à elle et au programme de réformes dont elle fait partie que se rattachent la loi sur l'Assistance aux Vieillards, aux Infirmes et aux Incurables, du 14 juillet 1905, et la loi sur les Retraites ouvrières et paysannes qui vient d'être votée par le Parlement.

Dans le domaine de l'assistance médicale, la loi de 1893 fut le couronnement de l'effort entrepris par d'éminents sociologues et philanthropes ; les tentatives qui l'ont précédée n'avaient donné malheureusement que des résultats peu satisfaisants et leur étude fait ressortir moins peut-être la générosité et le dévouement de ceux qui les ont faites que leur impuissance. C'est qu'il manquait à la base de ces diverses tentatives le principe de l'obligation légale pour les collectivités, principe qui fait de la loi de 1893 une loi essentiellement réformatrice (2).

La loi sur l'Assistance médicale gratuite compte aujour-

(1) LE PLAY. *La Réforme sociale*.

(2) En terminant son rapport sur le fonctionnement de la loi pendant l'année 1895, M. Monod, Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, écrivait :

« Le problème de l'assistance médicale aux pauvres, sur lequel se sont exercés tant de généreux esprits, qui a, depuis des siècles, préoccupé les gouvernements de la France, il semble permis de dire que notre troisième République l'a enfin résolu. Ce bienfait n'a été si longtemps retardé que parce que les pouvoirs publics, cédant à des craintes que l'événement prouve vaines, reculaient devant la solution nécessaire, mise en pleine clarté dès l'aube de la Révolution française, et qui est l'obligation légale. » (*Conseil supérieur de l'Assistance publique*, fascicule 55, p. 227.)

d'hui quinze années d'application. Elle est maintenant sortie de la période de tâtonnements et le succès de cette grande œuvre de solidarité sociale est désormais assuré.

Il est possible, à l'heure actuelle, en examinant son fonctionnement au cours de ces quinze années, de constater les résultats qu'elle a donnés, les efforts qu'elle a coûtés, les abus et irrégularités que sa pratique a révélés, et d'en dégager des observations basées sur l'expérience en vue des modifications à y apporter.

Une telle étude, entreprise pour l'ensemble de la France, serait trop considérable et ne permettrait pas d'entrer suffisamment dans les détails. Il nous a paru plus intéressant d'employer la méthode monographique, de faire porter nos observations sur une région limitée, sur un département.

Nous avons choisi le département de la Somme.

La Somme est un département important par son étendue et sa population ; il offre de plus l'avantage à notre point de vue, de réunir des centres industriels et agricoles, et les constatations et enseignements que nous aurons à retirer de cette étude revêtiront par suite un caractère de généralité.

D'autre part, les combinaisons diverses dont la loi a laissé l'initiative aux Conseils généraux ont été successivement discutées et mises en application dans la Somme.

La comparaison des résultats obtenus fera ressortir les avantages et les inconvénients de chacun de ces modes d'assistance.

Le conflit, particulièrement vif et de longue durée, qui s'est produit entre l'Administration et les Médecins constitués en syndicat a soulevé une intéressante question juridique : la légalité d'un Syndicat de Médecins contre l'État, les Départements et les Communes en matière d'assistance médicale.

Pendant la durée de ce conflit, l'Administration préfectorale a pris d'urgence, pour assurer le fonctionnement du service, diverses mesures dont elle a dû, en quelque sorte, improviser l'application sans s'écarter des principes généraux de la loi.

Notre fonction nous a permis de suivre, pour ainsi dire pas à pas, les phases de cette période troublée et de recueillir, sur les difficultés d'ordre très spécial qui se sont élevées, une documentation complète et de première main.

Nous nous proposons d'examiner tout d'abord d'une façon très succincte l'économie générale de la loi, ses conséquences morales et financières. Cette première partie nous facilitera l'étude détaillée qui fera l'objet de la deuxième partie de notre travail : le fonctionnement de la loi dans le département de la Somme.

PREMIÈRE PARTIE

La Loi sur l'Assistance médicale gratuite

CHAPITRE PREMIER

Économie générale de la loi du 15 juillet 1893

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de faire une étude détaillée de la loi du 15 juillet 1893. Nous en examinerons d'ailleurs les dispositions à propos de son application dans le département de la Somme.

Toutefois, nous allons en exposer les principes et l'économie générale en vue de faire ressortir les besoins auxquels elle a répondu et d'éclairer la discussion des critiques qu'elle a soulevées.

I. — Le devoir social d'assistance

Ce qui caractérise la réforme opérée par la loi de 1893, ce qui la distingue de celles qui l'ont précédée, c'est la consécration du devoir social d'assistance par l'obligation pour les communes, les départements et l'Etat d'en assurer les ressources pécuniaires. C'est là l'élément nouveau introduit par la loi ; les autres dispositions prises par le législateur n'ont pour but que de concourir à son application.

Ce devoir d'assistance avait été proclamé par les socio-

logues (1) et même reconnu dans certaines lois antérieures à celle de 1893, comme le décret-loi du 24 Vendémiaire an II (2) et la loi de 1851, sur l'assistance hospitalière. Mais, dans le premier, on n'avait établi qu'un service facultatif, et, dans la seconde, le législateur se bornait à faire supporter à l'hôpital l'assistance à tout individu pauvre tombé malade sur le territoire de la commune où était situé l'établissement hospitalier (3). Les résultats de ces organi-

(1) Dans un remarquable article publié dans *La Revue des Deux Mondes*, en 1875, M. Vacherot traçait en quelque sorte le cadre de la nouvelle loi :

« Nous dirons sans hésiter qu'il doit y avoir une bienfaisance publique, que, si le pauvre n'a pas droit à l'assistance, la société a le devoir de l'assurer, de se créer des ressources pour cet objet, de les demander à l'impôt... L'intervention du législateur est indispensable pour raviver et transformer un organisme défectueux... C'est qu'en effet on ne fonde rien de durable en France, sans le secours de l'obligation légale... Le premier article de la loi à intervenir devra poser en principe l'existence d'un bureau de bienfaisance dans chaque commune... Ces bureaux dresseront la liste des indigents sauf contrôle exercé par l'Administration supérieure... Le Conseil général assurera dans chaque département le service de la médecine des pauvres. On lui laisserait toute latitude, il serait libre de choisir le mode qui lui paraîtrait le mieux s'adapter aux besoins du pays... Le législateur ne lui demanderait qu'une chose, l'organisation complète, durable, de l'assistance publique ; il lui en fournirait les ressources, il lui laisserait les choix des moyens. »

(2) « Tout malade, dit l'article 18, domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru à son domicile de fait ou à l'hospice le plus voisin. »

(3) « Lorsqu'un individu privé de ressources, dit l'article 1^{er}, tombe malade dans une commune, aucune condition de domicile ne peut être exigée pour son admission dans l'hôpital existant dans la commune. » — Article 2. — « Les malades indigents des communes privées d'établissements hospitaliers *pourront* être admis aux hôpitaux du département désignés par le Conseil général. »

L'insuffisance de cette loi, tant au point de vue des ressources qu'au point de vue des moyens financiers, a maintes fois été démontrée. Sauf pour les communes possédant un établissement hospitalier — et elles sont peu

sations n'avaient été que ceux qu'on pouvait attendre d'institutions ayant un caractère purement facultatif.

L'expérience des errements anciens a fait comprendre au législateur de 1893 qu'il ne suffisait pas de se contenter de poser platoniquement un principe, mais qu'il était nécessaire d'assurer en outre son application par l'obligation légale. Sans le concours de cette sanction, les communes rurales seraient peu disposées à faire les sacrifices nécessaires et les communes les plus pauvres, qui auraient le plus besoin d'un service médical, en seraient privées. En vue d'éviter que les collectivités qui auraient cette charge ne parvinssent à s'y soustraire, la loi a prévu, dans ses dispositions, tous les détails de fonctionnement du nouveau service public.

II. — Le principe de l'Assistance communale

Le premier principe dont se sont inspirés les auteurs de la loi de 1893 est le suivant :

« Les secours médicaux doivent être fournis par la collectivité administrative la plus étroite, la commune. »

On abandonnait ainsi le système étatiste et centralisateur de la Révolution (1).

nombreuses : 1,211 seulement en 1892 sur 36,121 communes que comptait la France — l'obligation d'assistance n'existe pas. Et c'est justement dans les communes pauvres où ce besoin se faisait particulièrement sentir qu'il n'y avait pas d'hôpital ; dans les communes riches, les établissements hospitaliers avaient le plus souvent un grand nombre de lits inoccupés : il résulte d'une statistique qu'en 1886, 15,709 lits d'hôpitaux et 10,772 lits d'hospice ne furent pas utilisés ! De plus, la loi de 1851 ne prévoit pas le secours à domicile ; l'administration ne pût que le recommander par des circulaires. »

(1) « Si l'assistance publique est une dette, quel en est le débiteur ? » La Rochefoucault-Liancourt répondait : « La Nation. » (*La Rochefoucault-Liancourt*, par Ferdinand Dreyfus, 1903, p. 174).

Les dangers de ce système seraient apparus à un double point de vue : dans les opérations nécessaires pour l'établissement de la liste des individus secourus, et comme nous le verrons plus loin, dans les conséquences pécuniaires « Le ressort administratif de l'Etat et même du Département, est trop vaste pour qu'il leur soit possible d'entrer dans le détail d'investigations qu'exige l'attribution individuelle des secours. Chaque commune, au contraire, connaît les misères qu'il est de son devoir de soulager, et peut le faire sans frais inutiles en établissant un Bureau de bienfaisance qui offre toutes les garanties suffisantes. » (1)

La loi de 1893 a fait rentrer ces principes dans les formules de ses articles. Ce sont des organes communaux ou une Commission administrative spéciale du bureau d'assistance et le Conseil municipal qui sont chargés de dresser les listes des indigents appelés à bénéficier des secours gratuits.

III. — L'organisation et l'administration des secours est confiée au Département

Quant à l'organisation des services, pouvait-on en charger la commune ?

« Cette solution, disait M. le docteur Dreyfus-Brisac, nous « paraît inacceptable ; la commune serait incapable d'insti-
« tuer un système satisfaisant, sinon de secours médicaux
« à domicile, du moins de secours hospitaliers. D'ailleurs,
« il est évident qu'un réseau d'assistance, établi dans des
« conditions de décentralisation excessive, échapperait à
« toute surveillance de l'Etat, à moins qu'on ne créât une
« armée de fonctionnaires chargés de ce contrôle. » (2)

(1) TALLON. *Rapport à l'Assemblée nationale.*

(2) *Conseil supérieur de l'Assistance publique.* Fascicule 22, p. 16.

Cet émiettement excessif des services aurait présenté autant de dangers que la centralisation aux mains de l'Etat. Le Département se trouvait dans des conditions intermédiaires ; le législateur de 1893 lui a confié le soin d'organiser et d'administrer les services. Le Conseil général doit choisir le mode de désignation et de rémunération des médecins, sages-femmes et pharmaciens, indiquer les hôpitaux où les malades des communes seront soignés ; il organise un contrôle ; mais sa principale attribution est l'établissement et la gestion du budget du service dont il centralise les fonds.

Cette disposition libérale et décentralisatrice procède de l'idée dominante de la loi : unité dans le principe, diversité dans les moyens. L'initiative des Conseils généraux se trouve ainsi mise en jeu et le service peut être adapté aux besoins des diverses régions et fonctionner suivant les coutumes locales déjà existantes.

La loi n'impose que certaines règles générales auxquelles doivent se conformer les assemblées départementales dans la confection de leurs règlements.

L'assistance à domicile est le mode normal prévu par la loi ; le malade ne doit être hospitalisé que lorsqu'il ne peut être utilement soigné à domicile. La loi de 1893 a porté remède, là encore, à l'un des défauts des législations antérieures. Cette préférence donnée au secours à domicile est sans doute marquée dans la loi du 24 Vendémiaire an II, mais elle n'y est pas formulée avec netteté ; elle ne reçut pas d'application, à défaut de ressources prévues pour son fonctionnement. La loi de 1851 n'envisageait, nous le savons, que l'assistance hospitalière. On comptait, avant 1893, sur la charité privée pour se charger de l'assistance à domicile.

Moyens financiers

Nous avons vu comment l'obligation légale avait été organisée ; cela ne suffisait pas ; une fois les collectivités débitrices désignées, il fallait leur donner la possibilité de faire face aux nouvelles dépenses qui allaient leur incomber.

L'article 26 de la loi déclare obligatoires les dépenses du nouveau service ; les communes et les départements sont autorisés, pour y pourvoir, à voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes.

Mais, il n'eût pas été juste de faire supporter aux communes et aux départements pauvres les lourdes charges de l'assistance sans le concours des communes et des départements riches. L'assistance étant un devoir social, la loi a mis en jeu la solidarité nationale (1).

(1) « C'est surtout une loi de solidarité ! Le Congrès de 1889 avait formulé ce principe : « L'organisation de l'assistance doit être telle que les communes ou paroisses plus riches aident les communes ou paroisses plus pauvres, que les départements ou provinces ou cercles plus riches aident les départements ou provinces ou cercles plus pauvres, le tout avec le concours financier et le contrôle de l'Etat. » La loi de 1893 a réalisé cette organisation. Non seulement les pauvres sont soignés, mais, par le jeu des barèmes annexés à la loi, les communes riches de chaque département aident les communes pauvres au moyen des subventions départementales, et les départements pauvres sont secourus par les départements riches au moyen des subventions de l'Etat. Tel est désormais le système français de l'assistance publique : l'assistance mettant en pratique à tous les degrés la solidarité nationale, ne se contente pas d'aller de la collectivité à l'individu misérable, elle va de la collectivité plus riche à la collectivité plus pauvre. Tous les éléments qui composent la patrie travaillent ainsi à l'œuvre de justice sociale, chacun dans la limite de ses forces, tous liés ensemble par des applications successives et successivement élargies, de l'idée de fraternité. » (Discours de M. MONOD, au Congrès international de 1900. *Recueil des Travaux du Congrès*, tome I, page 30).

Rôle de la commune

Le législateur de 1893 a compris que des dangers plus graves encore que pour l'organisation des services se présenteraient ici pour les moyens financiers avec le système centralisateur de la Révolution. Un budget national, groupant toutes les recettes et toutes les dépenses de l'assistance médicale, aurait pu donner lieu aux plus graves abus, à des gaspillages aussi déplorables pour la moralité publique que pour le budget des pauvres. Avec une telle organisation, chaque commune aurait en effet une tendance à tirer, au profit de ses habitants, la plus grande part possible des deniers publics en admettant sur ses listes d'assistés des personnes dont la situation ne serait pas réellement nécessaire. « On assisterait, disait Fleury-Ravarin, à un véritable « assaut des caisses publiques et les communes se montrent d'autant plus généreuses dans la distribution des secours que ceux-ci ne leur coûteraient rien. » (1)

Tout en maintenant la solidarité nationale à la base de son système budgétaire d'assistance, la loi de 1893 a évité cet écueil en intéressant financièrement la commune à la limitation du nombre des assistés.

Lorsque les ressources spéciales de l'assistance et les ressources ordinaires inscrites au budget de la commune sont suffisantes pour couvrir les frais du service, les communes les supportent en entier. Les ressources spéciales proviennent de dons et legs au bureau d'assistance, de fondations possédées par les hôpitaux ou les bureaux de bienfaisance

(1) *De l'Assistance communale en France*, 1885, p. 16.

pour l'assistance médicale, de recettes de ces mêmes bureaux telles que le droit des pauvres.

Lorsque ces recettes et les revenus ordinaires sont insuffisants, les communes peuvent recourir à l'impôt perçu sous forme de centimes additionnels aux contributions directes ; ce sont là les ressources qualifiées extraordinaires par la loi. Ce sont les dépenses qu'elles couvriront qui serviront de base à la fixation de la subvention du département et de l'Etat, à laquelle, dans ce cas seulement, les communes ont droit. Ces subventions sont calculées suivant des barèmes dressés par la loi, eu égard à la valeur du centime communal ; elles sont d'autant plus fortes que le centime des communes est plus faible.

Avec ce système, les autorités municipales restent donc intéressées à ce que le budget de l'assistance soit utilement employé.

En plus de ce concours qu'il prête aux communes, le Département a l'attribution importante de centraliser toutes les recettes et d'acquitter toutes les dépenses ; elles sont ordonnancées par le Préfet.

Si les ressources ordinaires du budget départemental sont insuffisantes pour subvenir aux dépenses, le Conseil général peut, comme les communes, voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes dans la mesure nécessaire. L'Etat contribue alors pour sa part ; il alloue une subvention dont le coefficient est basé sur la valeur du centime départemental par kilomètre carré ; elle sera d'autant plus élevée que la valeur de ce centime sera plus faible.

Telles sont les grandes lignes du système financier par lequel la loi a fait fonctionner le principe de la solidarité nationale. Il est combiné de manière que les charges pécuniaires soient équitablement réparties, que les collectivités

reçoivent des subventions d'autant plus fortes que les dépenses sont plus lourdes pour elles.

Appliqué dans de telles conditions, le principe de l'assistance obligatoire ne pouvait que donner les meilleurs résultats, aussi bien au point de vue moral qu'au point de vue financier.

CHAPITRE II

Conséquences morales

Le but même de la loi a cependant été critiqué par certaines écoles, notamment l'école libérale, « l'école dure » comme l'a appelée Jules Simon. On a prétendu qu'il n'est pas dans les attributions de l'Etat de secourir les indigents.

C'est là une opinion rejetée aujourd'hui par tous les sociologues et les philanthropes. « La bienfaisance publique, disait M. de Gérando, est un devoir, car c'est un devoir pour chaque famille de soutenir ceux de ses membres qui sont atteints par les revers, et si la famille manque aux malheureux, si c'est une famille entière qui se voit elle-même enveloppée dans le désastre, qui héritera de cette obligation, si ce n'est la communauté, la société, cette famille toujours subsistante et dans laquelle toutes les autres se confondent. » N'est-il pas juste, humain et nécessaire que, dans une société civilisée, tout citoyen malheureux ne soit pas abandonné ? Un groupement d'individus où chacun n'aurait à compter que sur lui-même, n'aurait rien à attendre de la force collective, ne serait pas une société, ce serait l'état sauvage.

Certains adversaires de la loi de 1893 lui ont en outre reproché d'avoir augmenté l'indigence en voulant la soulager. La certitude d'être secouru augmenterait l'imprévoyance des individus. « Assistance et responsabilité sont deux idées

qui s'excluent réciproquement, l'une étant implicitement la négation de l'autre. » (1)

Cette critique adressée à la loi ne nous paraît pas fondée. Il y a sans doute là un problème délicat à résoudre : secourir la pauvreté sans encourager la paresse.

Il serait excessif de soutenir que les individus se laisseront de plein gré, devant la perspective d'être secourus, tomber dans l'indigence ; si perfectionnés que soient les moyens que la société a inventés pour lui porter remède, elle n'en est pas moins un mal que chacun s'efforcera d'éviter.

On peut au contraire plus justement prétendre, qu'en accordant ainsi aux indigents malades les soins nécessaires pour rétablir leur santé et leur permettre de reprendre leur travail, elle diminuera le paupérisme.

Il faut applaudir le législateur de 1893 d'avoir donné au citoyen malheureux cette réconfortante assurance de pouvoir compter sur la communauté bienfaisante pour lui venir en aide lorsqu'il tombera malade. C'est là ce qui lui manquait autrefois avec l'incertitude de la bienfaisance privée. Dans une société comme la nôtre, où dominant les idées démocratiques et les principes de solidarité, n'y eût-il pas eu une véritable et douloureuse anomalie à laisser le malheureux livré au hasard d'un acte de générosité ? De plus, il y a chez l'homme un sentiment naturel que la loi a respecté, celui de préférer le secours venu de la collectivité à celui venu des mains d'un semblable plus heureux.

Nous ne voulons pas nier néanmoins les bienfaits de la charité privée (2). Elle témoigne d'un élan généreux qu'on

(1) CHERBULIEZ. Dict. d'Economie politique.

(2) « Ne nous disputons pas, disait M. Thiers, dans la péroraison de son fameux rapport de 1850, à l'occasion du bien fait et à faire ; ancienne ou

ne saurait trop admirer ; elle apporte souvent dans ses procédés une ingéniosité et un tact qu'on ne peut guère demander à l'assistance publique. Mais celle-ci, contrairement à ce qu'ont prétendu les détracteurs de la loi de 1893, ne l'exclut pas, ne lui porte aucun préjudice ; l'assistance publique doit aller de pair avec l'assistance privée, elle ne doit ni l'envahir, ni l'absorber ; comme l'a dit éloquemment un grand orateur : « La justice sociale en s'élevant comme la mer ne submerge pas la charité, elle la porte plus haut. » Dans un rapport au Congrès international de 1900, M. Drouineau, inspecteur général des services administratifs, souhaitait en ces termes l'union des efforts publics et de la charité privée : « Partout, on sent que le bien serait incontestablement plus grand si ces deux modes d'assistance se prêtaient un mutuel appui, se pouvaient comparer et assimiler à deux sœurs attentives à soulager, à guérir, à sauver en un mot l'indigent, en quelque sorte leur enfant adoptif. Faire cette entente serait en l'espèce, sinon résoudre le problème de l'extinction de la misère, du moins organiser méthodiquement la charité et rendre les secours efficaces (1) ».

C'est cette organisation méthodique qui fait justement défaut à la charité privée ; il fallait un service régulier et légal qui évitât les doubles emplois dans la distribution des secours.

Grâce à lui, on peut dire que le législateur de 1893 est

nouvelle société, peu importe ; charité publique, charité privée, charité religieuse, individus, corporations, Etat, tout le monde doit être uni dans cette œuvre, tout le monde y est nécessaire, tout le monde, avec le plus grand zèle, courra le risque d'y être insuffisant. Sachons que les infirmités humaines sont immenses et que ce n'est pas assez de toutes les bonnes volontés agissant librement pour les soulager. »

(1) *Recueil des Travaux du Congrès*, tome I, page 111.

arrivé à ce que le pauvre soit aussi bien soigné que le riche. Le médecin vient le visiter à domicile ; il n'est plus obligé de se séparer des siens, comme autrefois, alors que l'assistance hospitalière était le seul mode prévu. Le secours à domicile a, au point de vue moral, tant pour l'individu secouru que pour les siens, une très grande importance. Les soins attentionnés de ceux qu'il aime sont pour le malade un auxiliaire moral des remèdes du médecin ; les liens de famille, au lieu de se trouver relâchés par suite de l'éloignement du malade hospitalisé, se trouvent encore resserrés. Les fatigues du transport, l'appréhension inspirée par l'entrée dans une grande maison publique, que les malheureux ne peuvent s'empêcher de regarder comme *le temple de la mort*, sont ainsi évitées. Ni usurpation brutale, ni substitution vaine, mais union étroite et concours fécond de l'assistance privée et de l'assistance publique : telle est l'heureuse formule qui a réuni les suffrages du Parlement et permis, comme l'a dit M. Millerand : « d'utiliser tous les efforts pour l'adoucissement des souffrances humaines ».

CHAPITRE III

Conséquences financières

Le législateur ayant posé le principe du droit à l'assistance médicale pour les indigents, il nous reste à examiner quelles allaient être les conséquences financières de la loi. Il devait, en effet, en résulter un notable accroissement des dépenses pour les collectivités intéressées : Etat, département et communes.

Aussi bien, c'était là, en même temps qu'un œuvre nécessaire de solidarité sociale, un acte de bonne gestion. « N'est-il pas évident, écrivait en effet M. le docteur Dreyfus-Brisac, que pour une nation la vie, la santé d'un de ses enfants est un capital précieux et qu'on ne saurait considérer comme stérile une dépense qui conserve au pays un producteur, à une famille son soutien naturel ? » (1).

Grâce aux dispositions prises, aux garanties dont la loi a entouré la confection de la liste des indigents, aux systèmes de contrôle prévus par la loi ou dus à l'initiative des Conseils généraux, les charges du nouveau service public n'ont pas été aussi lourdes que les détracteurs de la loi l'avaient annoncé.

Une circulaire ministérielle du 22 juillet 1894 ayant fixé au 1^{er} janvier 1895 la date à partir de laquelle la loi devait

(1) *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, Fascicule 22, p. 13.

recevoir son exécution, les Conseils généraux furent appelés, en août 1894, à statuer sur l'organisation du service de l'assistance médicale gratuite. Un modèle de règlement leur fut soumis ; mais certains Conseils généraux hésitèrent devant la perspective de dépenses nouvelles qu'il leur paraissait impossible d'évaluer avec quelque précision et ne crurent pas pouvoir arrêter immédiatement leur règlement.

Le nombre de ces Conseils généraux fut d'ailleurs restreint. Au 1^{er} janvier 1895, un règlement était adopté dans 61 départements, et dans 68 étaient inscrits au budget de l'exercice les crédits nécessaires à l'application de la loi.

Néanmoins, en 1895, le service n'a pu fonctionner complètement que dans 47 départements, et partiellement dans 16 ; mais il a englobé 15 départements de plus en 1896, 4 en 1897, 1 en 1898, 1 en 1899, 1 en 1904 et 1 en 1905.

Depuis 1905, la loi reçoit son application intégrale, sauf à Paris où le service de l'assistance médicale gratuite n'existe pas en raison des nombreux établissements qui y suppléent.

Seules les années 1895 et 1896 forment, en quelque sorte, la période des tâtonnements et des incertitudes inséparables de l'exécution de toute loi nouvelle. Comme l'indiquent les chiffres qui précèdent, l'application de la loi embrasse en effet, à partir de 1897, la presque totalité des départements, et c'est à l'année 1897 que se rapportent les premières des statistiques officielles qui vont nous servir à faire apparaître brièvement les conséquences financières de la loi.

Grâce à l'amabilité de M. Lucien March, chef des travaux de la statistique générale de la France au Ministère du Travail, nous avons pu prendre connaissance, avant sa publication, de la statistique afférente à l'année 1907 ; et à l'aide des statistiques déjà établies pour les autres années, il nous a été possible de dresser le tableau ci-contre s'appli-

ANNÉES.	DÉPENSES.			NOMBRE DE MALADES.				
	Services départe- mentaux.	Organi- sations. spéciales.	Totaux.	Services départementaux.		Organisations spéciales.		Totaux.
				Soignés à domicile.	Hospi- talisés.	Soignés à domicile.	Hospi- talisés.	
	fr.	fr.	fr.					
1902	9.956.806	7.832.046	17.788.852	569.791	28.074	204.722	70.263	872.850
1903	10.870.939	7.814.855	18.685.814	556.397	32.833	202.605	75.363	867.198
1904	11.811.490	8.101.735	19.913.225	551.506	36.231	239.567	74.944	902.248
1905	12.178.447	7.993.181	20.171.628	614.602	42.561	252.124	87.031	996.318
1906	12.919.474	7.936.558	20.856.032	565.429	41.541	242.622	75.952	925.544
1907	13.760.197	8.285.345	22.045.542	557.092	46.071	249.130	81.339	933.632

quant à la période comprise entre 1902 et 1907, et concernant aussi bien les services départementaux que les organisations spéciales qui fonctionnent en vertu de l'article 35 de la loi.

Ce tableau montre l'augmentation constante des dépenses qui, de 1902 à 1907, se sont élevées progressivement de 17.788.852 francs à 22.045.542 francs.

En regard de cette augmentation, il convient de noter l'élévation du nombre de personnes soignées tant à domicile que dans les hôpitaux : 933.632 en 1907, contre 872.850 en 1902.

Mais, peut-on attribuer exclusivement à l'augmentation du nombre des malades bénéficiaires de la loi l'accroissement continu de dépenses qui se manifeste ? Certainement non, car il suffit de remarquer, dans le tableau qui précède, qu'en 1906 le nombre des malades a diminué de 70.000, comparativement à 1905, alors que les dépenses qui auraient dû, par suite, diminuer également, sont supérieures de 700.000 francs à celles de 1905.

Pour 1907, on peut faire la même constatation par rapport à 1905 ; mais là, l'écart est bien plus sensible encore, puisque pour 63.000 malades en moins, nous avons une augmentation de dépenses de plus de 1.800.000 francs.

D'autres éléments contribuent donc à expliquer cette majoration. En examinant le détail des dépenses par année, donné par les statistiques officielles, nous voyons en effet que la progression continue des dépenses porte sur les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes, et particulièrement sur les frais pharmaceutiques.

C'est ainsi que les honoraires médicaux s'élèvent à 4.185.321 francs en 1907, pour les services départementaux, contre 3.846.108 francs en 1905, soit 300.000 francs en plus, et les dépenses de médicaments et d'appareils, à

4.515.832 francs en 1907 contre 4.082.165 francs en 1905, soit 430.000 francs en plus.

Cette progression est encore plus accentuée si nous comparons les années 1907 et 1902.

En 1907, le nombre des malades soignés à domicile, dans les services départementaux, est inférieur de 12.000 à celui de 1902, et nous avons 800.000 francs en plus d'honoraires médicaux, et un million de francs en plus de dépenses de médicaments.

L'accroissement de dépenses que nous venons de signaler paraît anormal eu égard au nombre de malades soignés ; mais on peut prétendre qu'il en est résulté pour ces malades une assistance plus complète, répondant mieux au but poursuivi par la loi, qui est de donner sans restriction aux indigents les soins nécessaires.

Toutefois, il est impossible de ne pas tenir compte d'abus qui ont dû se produire, soit parce que des médecins n'ont pas toujours su apporter dans leurs visites toute la discrétion désirable, soit parce qu'ils ont prescrit des médicaments trop coûteux.

Ce sont d'ailleurs ces abus qui ont provoqué de la part de certains Conseils généraux, indépendamment de la revision des tarifs de médicaments, l'organisation d'un contrôle des dépenses pharmaceutiques, et qui ont amené, dans plusieurs départements, la substitution, pour la rémunération des médecins, du système de l'abonnement au mode de paiement à la visite.

Il importe, en matière d'assistance, de faire des économies, mais il importe davantage encore de ne négliger aucun effort pour éviter les gaspillages et réduire à leur minimum les sacrifices à demander aux contribuables.

Nos constatations portent sur les dépenses des services

départementaux, parce qu'elles présentent des variations importantes.

En rapprochant ces dépenses, dans leur ensemble, de celles des organisations spéciales, on remarque qu'elles ont augmenté, au cours des années 1902 à 1907, de 9.956.806 francs à 13.760.197 francs, soit une élévation de près de 4 millions, quand elles ne se sont accrues, pour les organisations spéciales, que de 400.000 francs, soit dix fois moins.

La différence entre ces dépenses, qui était en 1902 de 2 millions, se trouve portée, en 1907, à 5 millions 1/2.

Les dépenses des organisations spéciales ont même diminué en 1905 et 1906, puisqu'elles sont descendues de 8.101.735 fr. en 1904 à 7.993.181 francs en 1905, et 7.936.558 francs en 1906, et ne se sont élevées à nouveau qu'en 1907. Sans qu'il soit besoin de chercher d'autres causes, on peut dire que, d'une façon générale, les augmentations qui se sont produites dans ces services autonomes sont la conséquence de l'accroissement du nombre des malades soignés. En 1907, les dépenses atteignent 8.285.345 francs, contre 7.832.046 francs en 1902 ; mais par contre, le nombre des malades soignés à domicile est de 249.130, contre 204.702 en 1902, et le nombre des hospitalisés de 81.339 contre 70.263 en 1902.

Les statistiques officielles nous montrent d'ailleurs que, contrairement à ce qui s'est passé dans les services départementaux, les honoraires des médecins et les frais pharmaceutiques n'ont guère varié que dans la mesure de l'augmentation du nombre des malades.

D'autre part, la dépense moyenne par individu soigné dans les organisations spéciales est restée à peu près stationnaire ; elle tend même plutôt à diminuer, et en 1907, par exemple, elle est de 25 fr. 07 contre 28 fr. 48 en 1902.

Pour les services départementaux, cette dépense est en augmentation par suite de l'accroissement des honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques ; mais après être passée de 16 fr. 65 en 1902, à 22 fr. 81 en 1907, elle reste encore, et c'est là un résultat qu'il convient de souligner à l'avantage des organisations départementales, inférieure à la dépense moyenne des organisations spéciales.

Nous venons d'examiner les charges qui résultent de l'application de la loi ; nous allons voir rapidement dans quelle proportion ces charges se répartissent.

Les recettes destinées à couvrir les dépenses comprennent :

- 1^o Les fondations et les ressources propres aux bureaux d'assistance ;
- 2^o Les contributions des bureaux de bienfaisance ;
- 3^o Les contributions des hôpitaux et hospices ;
- 4^o Le contingent des communes ;
- 5^o Le contingent des départements ;
- 6^o Le contingent de l'Etat.

Dans le tableau ci-après, établi également pour la période comprise entre 1902 et 1907, nous avons relevé, par année, ces diverses recettes, recouvrées jusqu'à concurrence des dépenses effectuées, tant pour les services départementaux qu'en ce qui a trait aux organisations spéciales.

Du rapprochement de ce tableau avec celui afférent aux dépenses, il ressort que le contingent de l'Etat et le contingent des départements, qui sont nuls ou insignifiants pour les organisations spéciales, prennent de plus en plus d'extension dans les services départementaux.

Le premier constitue, en 1902, 14,83 % des dépenses des services départementaux, et 16,58 % en 1907, et le second 29,10 % en 1902 et 31,27 % en 1907.

ANNÉES.	FONDATEURS ET RESSOURCES DES BUREAUX D'ASSISTANCE.			CONTRIBUTION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE.			CONTRIBUTION DES HOSPICES ET HOPITAUX.		
	Services départe- mentaux.	Organi- sations spéciales.	Totaux.	Services départe- mentaux.	Organi- sations spéciales.	Totaux.	Services départe- mentaux.	Organi- sations spéciales.	Totaux.
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.
1902	678.834	817.711	1.496.545	771.860	1.270.338	2.042.398	30.832	2.222.291	2.253.123
1903	855.053	789.663	1.644.716	771.702	1.528.668	2.300.370	42.826	1.991.433	2.034.259
1904	735.094	835.658	1.570.752	798.990	1.538.079	2.337.069	116.944	2.187.029	2.303.973
1905	753.115	835.099	1.588.214	734.303	1.477.531	2.211.834	145.103	1.943.413	2.088.516
1906	653.611	806.842	1.460.453	723.456	1.467.865	2.191.321	49.577	1.752.282	1.801.859
1907	831.205	988.960	1.820.165	749.879	1.485.189	2.235.068	36.176	1.897.227	1.933.403

CONTINGENT DES COMMUNES.			CONTINGENT DES DÉPARTEMENTS.			CONTINGENT DE L'ÉTAT.			TOTAUX.
Services départe- mentaux.	Organi- sations spéciales.	Totaux.	Services départe- mentaux.	Organi- sations. spéciales.	Totaux.	Services départe- mentaux.	Organi- sations. spéciales.	Totaux.	
fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	
4.099.241	3.466.110	7.565.351	2.899.132	46.394	2.945.526	1.476.909	9.000	1.485.909	17.788.852
4.418.026	3.447.368	7.865.394	3.220.412	1.147	3.221.559	1.619.516	»	1.619.516	18.685.814
4.908.531	3.474.679	8.383.210	3.480.453	»	3.480.453	1.837.768	»	1.837.768	19.913.225
4.993.911	3.625.495	8.619.406	3.495.114	605	3.495.719	2.167.299	640	2.167.939	20.171.628
5.351.602	4.040.593	9.392.195	3.983.991	5.094	3.989.085	2.021.119	»	2.021.119	20.856.032
5.598.515	3.866.305	9.464.820	4.305.197	4.319	4.309.516	2.282.570	»	2.282.570	22.045.542

En 1897-1899, ces contingents étaient, celui de l'Etat de 14,3 % et celui des départements de 25,7 %.

Au contraire, le contingent des communes a diminué. Il était, en 1897-1899, de 42,5 % : en 1902, il est descendu à 41,17 % et en 1907 à 40,68 %.

En résumé, les charges que doivent supporter l'Etat et les départements sont, il faut le reconnaître, supérieures à celles qu'on avait prévues lors de l'application de la loi. Mais les Conseils généraux et les administrations préfectorales ne cessent de rechercher, par des modifications, par des retouches aux règlements départementaux, les moyens propres à en limiter l'importance. Il y a lieu d'espérer que leurs louables efforts ne resteront pas vains, sans qu'il en résulte d'ailleurs le moindre préjudice pour les bénéficiaires de la loi, le but poursuivi étant avant tout de réprimer et de prévenir les abus, qui contribuent, à n'en pas douter, pour une assez large part à cet accroissement des dépenses.

DEUXIÈME PARTIE

Application de la Loi sur l'Assistance médicale gratuite dans le département de la Somme

CHAPITRE PREMIER

Le Service médical de charité

Avant la mise en vigueur de la loi du 15 juillet 1893, il existait, dans le département de la Somme, un Service médical de Charité qui fonctionnait sur des bases dont les caractères se rapprochaient sensiblement de celles de la nouvelle loi.

Aussi nous paraît-il intéressant de faire connaître la manière dont ce service fut organisé et fonctionna, les résultats qu'il donna avant l'application du règlement départemental, prévu aux termes de la loi de 1893.

C'est en 1857 que le Conseil général de la Somme, sur la proposition du Préfet, organisa un service médical de charité.

Les listes des assistés étaient établies par famille ; elles étaient dressées par les soins du bureau de bienfaisance, ou, à défaut du bureau de bienfaisance, par un Comité composé du Maire, du Curé et de trois membres du Conseil municipal.

Chaque médecin du département devait donner gratuitement ses soins aux malades d'une circonscription qui lui était assignée. Le Préfet demanda aux médecins ce généreux concours, que presque tous lui accordèrent. Leur mission consistait à donner des consultations périodiques dans les communes ; en cas de maladies ou d'accidents graves, ils étaient appelés à domicile par le Maire.

Les médecins du service n'étaient pas rémunérés ; des primes d'honneur consistant, au gré des médecins, en ouvrages et instruments de l'art ou en sommes d'argent, étaient décernées à ceux d'entre eux qui s'étaient distingués par leur activité et leur dévouement.

Les médicaments étaient délivrés sur un bon du médecin visé par le maire, et payés aux pharmaciens suivant le tarif formulaire dressé par le Préfet.

Les hospitalisations ne sont pas prévues dans le règlement. Depuis plusieurs années, en effet, le Conseil général votait une somme de 10.000 francs « destinée à permettre à l'Administration de venir en aide aux indigents des communes rurales dénuées de ressources et de pourvoir au placement temporaire dans les hôpitaux des nécessiteux atteints de maladies ou d'infirmités qui ne pourraient être convenablement traités dans leur commune ».

Les dépenses du service étaient acquittées :

1^o Au moyen des fonds communaux ou des fonds des bureaux de bienfaisance. Les Conseils municipaux des communes faisant partie du service votaient « un crédit de *un franc* par somme de cent francs que la commune possède de revenus ordinaires » (1). Le crédit était voté pour cinq années.

(1) Imprimés modèles envoyés par la Préfecture aux Conseils municipaux.

2° Au moyen d'une subvention départementale de 4.000 francs. Sur cette subvention une somme de 1.600 francs était prélevée pour la distribution des primes d'honneur aux médecins ;

3° Au moyen d'une subvention de l'Etat.

Les ressources pour 1858 se chiffrent ainsi :

1° Subvention des communes	12.903 fr.
2° Subvention des bureaux de bienfaisance.	1.089
3° Subventions allouées par le Conseil général pour 1857 et 1858	8.000
4° Subvention de l'Etat	1.000
Ensemble.	<u>22.992 fr.</u>

Le service de charité ne fut organisé que dans les communes pauvres et ayant de faibles ressources ; dans les autres, en effet, les médecins étaient rétribués pour les soins qu'ils donnaient aux malades indigents.

Cependant, ces communes pauvres ont voté la subvention qui leur était demandée et 578 d'entre elles sont entrées dans le service.

Sur 213 médecins dont le Préfet réclama le concours désintéressé, 204 adhèrent au règlement. Les pharmaciens acceptèrent également sans hésitation le formulaire tarif arrêté.

Le nombre des familles inscrites en 1858 s'élève à 3.914, se composant de 17.163 individus.

Sur une population de 278.470 habitants formée par les 582 communes qui rentrent en 1859 dans le service médical de charité, 4.005 familles comprenant 17.455 individus sont inscrites sur les listes d'assistance, ce qui représente 1 habitant sur 16. Les frais de médicaments s'élèvent à 5.149 francs. La moyenne des frais de traitement par malade est de 2 fr. 11.

Sur la proposition du Préfet, le Conseil général décida, l'année suivante, de rémunérer les médecins à l'abonnement à raison de 2 francs par famille ou ménage ; ce prix fut porté à 3 francs en 1861 ; la moyenne des frais par malade atteint 5 fr. 86.

En 1873, un service de contrôle fut organisé et le Préfet chargea un ancien pharmacien de la vérification des mémoires pour la fourniture des médicaments.

En présence de l'accroissement des inscriptions, le Conseil général décida, en 1877, de les limiter en fixant un maximum : cinq familles sur cent ; ce chiffre, jugé insuffisant, fut quelques années plus tard, porté à 6 %.

Le Service médical de Charité continua à fonctionner ainsi d'une façon régulière et donnant des résultats satisfaisants jusqu'à la veille de la loi de 1893.

En 1890, une importante réorganisation du règlement eut lieu. L'Assemblée départementale pensa qu'il était possible, sans imposer de trop lourds sacrifices au département et aux communes, d'étendre les avantages du Service médical de Charité, dont ne profitaient antérieurement qu'un nombre limité d'indigents, à toutes les familles nécessiteuses sans distinction. En conséquence, à partir de l'année suivante, tous les indigents des communes associées furent admis sans restriction aux secours médicaux gratuits.

Les listes qui comprenaient en 1890, 3.891 familles et 25.858 indigents comprirent en 1891 8.526 familles et 40.464 indigents.

Le Receveur municipal et le Médecin de Charité sont appelés à concourir à la formation de la liste. Le Préfet, dans une circulaire du 12 novembre 1890, par laquelle il porte les modifications du règlement à la connaissance des Maires, Receveurs municipaux, Médecins et Pharmaciens

du service, insiste sur l'absolue nécessité de cette coopération ; les Médecins et les Receveurs municipaux apporteront en effet, à des titres différents, d'utiles renseignements sur la situation des familles.

Les médecins de charité sont, comme précédemment, nommés par le Préfet. Il leur est alloué, pour ces visites, une indemnité annuelle fixe de 3 francs par famille inscrite, pour les communes dont la distance à la résidence du médecin ne dépasse pas 6 kilomètres. Pour les communes plus éloignées, l'indemnité est de 5 francs par famille inscrite. La rémunération accordée pour les accouchements a été portée de 6 à 10 francs. De plus, le Conseil général, conformément au vœu exprimé par la Société médicale, a décidé qu'il pourrait être accordé aux médecins la faculté de se faire suppléer par des sages-femmes de leur choix pour ces opérations (1).

Dans le tableau ci-dessous, nous avons groupé les principaux renseignements sur les résultats du fonctionnement du Service médical de Charité pendant l'exercice 1893.

Nombre total des communes du département : 836.

Nombre des communes participant au service : 486.

Population des communes participant au service :
242.829 habitants.

Nombre de familles admises à l'assistance : 7.028.

Nombre d'indigents admis à l'assistance : 34.465.

Nombre de médecins attachés au service : 148.

Nombre de visites faites à domicile : 29.822.

Nombre de consultations : 3.609.

Nombre d'accouchements : 559.

(1) Circulaire préfectorale du 12 novembre 1890, *Recueil des Actes administratifs* de la Préfecture de la Somme, année 1890, n° 30.

Ressources :

Fonds votés par les Conseils municipaux et les Bureaux de bienfaisance	51.486 fr.
Subvention du département	14.000
	65.486 fr.

Dépenses :

Traitements ou indemnités versés aux mé- decins	33.937 fr.
Frais de médicaments	38.946
Frais d'impression et de contrôle	2.198
	75.081 fr.

Les dépenses présentant un excédent sur les ressources,
le Conseil général vota une nouvelle subvention pour
combler le déficit.

CHAPITRE II

Élaboration du règlement départemental

La loi du 15 juillet 1893 devait être mise en vigueur à partir de l'année 1895.

En 1894, l'Administration préfectorale et le Conseil général de la Somme prirent les premières mesures en vue de son application dans le département.

Le Préfet adressa aux maires une circulaire pour les prier d'inviter les Conseils municipaux à créer, dans leur session du mois de mai, les ressources nécessaires pour couvrir les dépenses devant résulter de la loi. Il présenta un rapport sur la question à la session d'août du Conseil général, en même temps qu'un projet de règlement.

Conformément aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 18 mai 1894, il invitait l'Assemblée départementale à délibérer dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 :

1^o Sur l'organisation du service de l'Assistance médicale, la détermination et la création des hôpitaux auxquels est rattaché chaque commune ou syndicat de communes.

2^o Sur la part de la dépense incombant aux communes et au département.

Le Conseil général devait en outre émettre son avis sur le prix de journée des malades placés dans les hôpitaux aux frais des collectivités et sur la demande des communes qui sollicitaient, conformément à l'article 35 de la loi du

15 juillet 1893, l'autorisation d'organiser un service spécial d'assistance médicale.

Avant d'examiner chacune de ces questions, il nous paraît intéressant de signaler que l'Administration préfectorale et le Conseil général furent toujours d'accord, au cours de la discussion qui s'engagea, pour maintenir la règle de conduite suivante : s'écarter le moins possible du règlement du service médical de charité que nous avons précédemment étudié.

Leurs efforts tendirent principalement à ménager la transition et à mettre en harmonie le règlement adopté en 1857 et réformé en 1890 avec les principes généraux de la loi nouvelle.

L'examen du projet de règlement présenté par le Préfet et adopté sans grande modification par l'Assemblée départementale, fera ressortir comment ce résultat fut heureusement atteint ; il convient d'en étudier les dispositions essentielles.

PROJET DE RÈGLEMENT PRÉSENTÉ A LA SESSION D'AOUT 1894 AU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SOMME

Après avoir rappelé dans les articles 1 et 2, les prescriptions de la loi instituant l'assistance médicale gratuite aux indigents et la rendant obligatoire, le règlement indique dans son article 3 que le service comprend :

- 1^o L'assistance médicale et pharmaceutique à domicile ;
- 2^o Les secours hospitaliers.

CHOIX DES MÉDECINS ET PHARMACIENS

Le règlement départemental n'apporte aucune innovation en ce qui concerne le choix des médecins et des pharmaciens et la fixation de leurs honoraires.

Comme précédemment, l'Administration préfectorale reste chargée de désigner les médecins et pharmaciens auxquels incombe le soin d'assurer le service.

L'article 5, qui contient cette disposition, donna lieu à une discussion assez vive. Plusieurs Conseillers généraux demandèrent soit le libre choix par le malade, soit le choix par le Bureau d'assistance communale. Finalement, il fut décidé qu'aucun changement ne serait apporté au mode de nomination précédemment en vigueur. Cette décision avait tout au moins le double avantage de laisser en exercice un personnel qui avait fait ses preuves de dévouement et de n'apporter aucune perturbation grave dans un service qui fonctionnait d'une manière normale et même satisfaisante.

HONORAIRES DES MÉDECINS

La question des honoraires souleva des difficultés.

Le règlement du Service médical de Charité allouait une indemnité fixe annuelle, que le Préfet proposa de maintenir, de trois francs ou de cinq francs par famille inscrite, suivant que la distance à la résidence du médecin serait de 6 kilomètres et au-dessous, ou de plus de 6 kilomètres. « Toutefois, ajouta-t-il, comme la loi dispose que la liste d'assistance doit être nominative et non établie par famille, il y aurait lieu de calculer l'indemnité par individu. Les tableaux statistiques concernant le fonctionnement du Service de l'assistance médicale font ressortir que le nombre des personnes inscrites est, à peu de chose près, cinq fois plus élevé que celui des familles. Suivant cette proportion, l'indemnité annuelle du médecin pourrait être fixée à 0 fr. 60 et 1 franc. »

Comme précédemment, la rémunération pour les accouchements reste de 10 francs par opération.

M. Fournier, conseiller général et rapporteur de la Commission, se montra très favorable à cette manière de voir et conclut nettement contre toute modification du taux des honoraires médicaux. Il estima toutefois que ce moyen d'évaluer le nombre des individus au quintuple de celui des familles et d'allouer aux médecins, en divisant par cinq, le chiffre actuellement établi, c'est-à-dire une somme de 0 fr. 60 ou 1 franc par individu, suivant que la distance à la résidence du médecin est de 6 kilomètres et au-dessous ou de plus de 6 kilomètres, pourrait donner lieu à des mécomptes. Il lui sembla qu'il y avait lieu de s'en tenir aux anciens errements, c'est-à-dire d'allouer une indemnité fixe annuelle par famille. « La liste des indigents, dit-il, sera bien nominative, mais les maires pourront très facilement faire connaître le nombre des familles auxquelles elle correspond. » Sous cette réserve, il adhéraît aux propositions budgétaires de l'Administration préfectorale.

Un débat s'ouvrit sur les conclusions de ce rapport, et les propositions de l'Administration. Il parut à plusieurs membres de l'Assemblée que le tarif de 0 fr. 60 ou 1 franc par tête d'indigent était beaucoup trop faible. L'Association des médecins de la Somme demandait 1 franc par malade indigent visité au domicile du médecin, 1 fr. 50 lorsque la visite a lieu hors du domicile du médecin et jusqu'à 4 kilomètres.

Le Conseil général, craignant d'augmenter exagérément les charges financières, maintint finalement les chiffres proposés.

PAIEMENT DES MÉDICAMENTS

Aucune modification n'était apportée à l'ancien tarif, et l'article 46 ainsi conçu fut voté sans difficulté :

« Avant le 1^{er} août et le 1^{er} février, les pharmaciens adressent à la sous-préfecture, pour chacune des communes de leur circonscription, et pour le semestre écoulé, un mémoire accompagné des bons de médicaments. Les mémoires réunis de toutes les communes de la circonscription sont renfermés dans un bordereau récapitulatif. Chaque mémoire et le bordereau récapitulatif sont produits en double. Les pharmaciens qui n'auront pas fourni avant le 1^{er} février leur mémoire concernant l'année écoulée seront déchus de leurs droits. »

ÉTABLISSEMENT DES LISTES D'ASSISTANCE

L'article 10 de la loi du 15 juillet 1893 avait créé dans chaque commune un bureau d'assistance chargé d'assurer le service. L'article 6 du règlement reproduit cette disposition et indique la procédure à suivre pour la confection des listes.

La Commission administrative du Bureau d'assistance est convoquée par son Président avant le 1^{er} janvier de chaque année, afin de dresser la liste nominative des personnes qui, ayant leur domicile de secours dans la commune, seront admises, en cas de maladie, à l'assistance médicale. La liste est établie avec le concours du médecin de l'assistance, du receveur municipal et d'un des répartiteurs désignés par le Sous-Préfet. Ces membres adjoints ont voix consultative. Rappelons ici que cette Commission est formée par les Commissions administratives réunies de l'Hospice et du Bureau de bienfaisance ou par cette dernière seulement, quand il n'existe pas d'hospice dans la commune.

Lorsque la commune ne possède ni Bureau de bienfaisance, ni établissement hospitalier, la Commission se compose du maire, de quatre délégués de l'Administration et

de deux délégués du Conseil municipal. Quant à la convocation obligatoire du médecin de l'assistance, du receveur municipal et d'un répartiteur désigné par le Sous-Préfet, c'est la reproduction presque textuelle de l'article 12 *in fine* de la loi. Ce sont des collaborateurs dont l'intervention sera particulièrement utile, soit pour renseigner sur la situation financière de la commune, soit pour éviter une extension trop grande de la liste ; ils n'ont d'ailleurs que voix consultative et leur présence n'est pas nécessaire à la validité des délibérations prises. Mais il va de soi qu'ils doivent être régulièrement convoqués, car autrement la disposition de la loi rapportée par le règlement aurait été illusoire.

La liste ainsi établie doit être soumise à la première session ordinaire du Conseil municipal qui l'arrête, après délibération en comité secret. Elle est déposée ensuite au Secrétariat de la mairie pendant vingt jours, à partir du 1^{er} mars ; le maire donne avis de ce dépôt par affiches aux lieux accoutumés ; mais ni la délibération, ni la liste, ne doivent être affichées. Une copie en est adressée au Sous-Préfet et au médecin de l'assistance. Ces dispositions résultent des articles 7, 8 et 9 du règlement inspiré par les articles 12, 14 et 15 de la loi. Le législateur n'avait pas prescrit l'envoi de la liste au médecin ; mais on a pensé qu'il y avait là un moyen de contrôle efficace. Le Conseil général ne crut pas toutefois devoir étendre l'envoi de cette liste aux sages-femmes et aux pharmaciens.

RÉCLAMATIONS EN INSCRIPTION OU EN RADIATION

Les articles 10, 11, 12, 13 et 14 rappellent, sans y apporter de modification, la procédure pour les réclamations en inscription ou en radiation déterminée par la loi dans les

article 16, 17 et 18. Cette procédure, que nous avons déjà indiquée sommairement en étudiant l'économie générale de la loi, est la suivante :

Pendant le délai de vingt jours à compter du dépôt (le 1^{er} mars), au secrétariat de la mairie, les réclamations en inscription ou en radiation peuvent être faites par tout habitant ou contribuable de la commune.

LES COMMISSIONS CANTONALES

Ces réclamations sont remises au Sous-Préfet. « Il est
« statué souverainement sur elles par une Commission
« cantonale composée du Sous-Préfet, du Conseiller général,
« d'un Conseiller d'arrondissement dans l'ordre des nomi-
« nations et du Juge de paix. Le Sous-Préfet, ou à son
« défaut, le Juge de paix, préside la Commission. » (Article 17
de la loi et article 11 du règlement).

Le règlement adopté par le Conseil général prescrit, en outre, de convoquer à cette Commission le médecin du service et la personne dont l'inscription ou la radiation est demandée. L'avertissement est adressé par les soins de la Commission et contient l'indication sommaire des motifs invoqués par le réclamant.

« Le Président de la Commission donne, dans les huit
« jours, avis des décisions rendues au Sous-Préfet et au Maire
« qui opère sur la liste les additions ou les retranchements
« prononcés. » (Article 18 de la loi et 13 du règlement.)
« Le Maire, de son côté, informe le médecin. » (Article 13
du règlement.)

REVISION DES LISTES D'ASSISTANCE

« Avant chacune des trois autres sessions ordinaires du
« Conseil municipal (mai, août et novembre), la Commission

« administrative du Bureau d'assistance procède à la revision
« de la liste. Elle établit à cet effet, avant les 1^{er} avril,
« 1^{er} juillet et 1^{er} octobre, un tableau des additions ou retran-
« chements à y apporter. Le Conseil municipal arrête ensuite
« ces tableaux en session ordinaire, après délibération en
« comité secret. » (Article 14 du règlement.)

Les mêmes formalités et les mêmes recours que précédemment se produisent pour ces tableaux. Le dépôt en est effectué au secrétariat de la mairie du 1^{er} au 21 juin, du 1^{er} au 21 septembre, du 1^{er} au 21 décembre.

Lorsqu'un indigent est inscrit dans les conditions et suivant les formalités que nous venons d'indiquer, son inscription demeure valable jusqu'à la publication de la liste annuelle, sauf le cas de radiation prévu à l'article 14. Même si l'un de ces indigents vient à quitter la commune, il doit être maintenu pendant un an, à dater du jour de son départ, sur la liste d'assistance. S'il arrivait, en effet, qu'il vînt à tomber malade dans la nouvelle localité où il a fixé sa résidence, cette commune se trouverait en droit de réclamer le remboursement des frais qui peuvent lui incomber de ce fait à la commune du domicile de secours. Le maintien sur la liste de cette dernière commune facilitera la vérification des mémoires, la situation de ces personnes devant être mentionnée en regard de leur nom dans la colonne d'observations.

Les articles 16 et 17 qui contiennent ces dispositions furent adoptés sans discussion.

ADMISSIONS D'URGENCE

On vota de même les articles suivants, 18, 19, 20, 21, qui organisent la procédure pour les cas d'admission d'urgence en conformité des articles 18 et 20 de la loi.

Lorsqu'il y a urgence, c'est-à-dire lorsque l'humanité fait un devoir de secourir immédiatement un indigent non inscrit sur les listes pour quelque raison que ce soit, l'inscription peut être faite par le bureau d'assistance, dans l'intervalle de deux sessions, à titre provisoire, et conformément aux dispositions de l'article 6 du règlement. Si le bureau d'assistance ne peut être convoqué assez rapidement, c'est le maire qui prononce l'admission, mais avec obligation d'en rendre compte en comité secret à la prochaine séance du Conseil municipal.

APPLICATION DE L'ARTICLE 1^{er} DE LA LOI DU 7 AOUT 1851

Les frais, lorsque la maladie ou la blessure se produisent dans une localité où existe un hôpital, restent en totalité à la charge de cet hôpital, conformément à l'article 1 de la loi du 7 août 1851.

Le premier paragraphe de l'article 23 stipulait l'obligation pour les communes ayant un service spécial d'assistance et étant dépourvues d'hôpital, d'assurer l'assistance médicale aux personnes étrangères tombées malades dans ces communes ; le paragraphe 2 mentionnait que ces communes n'auraient à acquitter que la dépense des dix premiers jours et que le surplus leur serait remboursé par la commune du domicile de secours.

Le Ministre fit observer que, suivant l'esprit du législateur, les communes autorisées à avoir un service spécial se trouvent placées en dehors de la loi et qu'elles doivent pourvoir à elles seules au paiement de la totalité des frais de traitement des personnes de passage tombées malades sur leur territoire sans prétendre à aucun remboursement.

Le paragraphe 2 fut donc supprimé à la session d'avril 1895.

LES RECOURS EN PAIEMENT DES FRAIS

En vertu du principe de centralisation et d'unité du service, le Préfet rappelait aux Maires, dans la circulaire du 31 décembre 1894, « que l'Administration exercerait les « recours en remboursement puisque le département soldait « toutes les dépenses. Toutefois, ajoutait-il, je compte sur la « vigilance de MM. les Maires pour me fournir tous les éléments qui me permettront l'exercice du droit de recours, soit « contre les autres communes, soit contre les personnes « tenues à la dette alimentaire, soit contre les sociétés de « secours mutuels, soit contre un patron dont la responsabilité serait engagée par l'accident survenu à un de ses « ouvriers, soit contre les sociétés d'assurance, etc... »

A la suite de chaque admission, et soit pour déterminer effectivement le domicile de secours, soit pour opérer une juste répartition entre les collectivités intéressées, il est prescrit aux Maires de faire connaître à l'Administration préfectorale les résidences successives du malade au cours des derniers douze mois, avec un certificat médical, un certificat d'indigence et des renseignements sur la famille.

Pour faciliter l'application de la loi, le règlement instituait, dans son article 24, un système de carnets à souche contenant les formules imprimées pour la rédaction des bons de médicaments ; ce carnet était remis au chef de chaque famille dont un ou plusieurs membres sont inscrits sur la liste d'assistance, par les soins de la municipalité.

Les carnets étaient de couleurs différentes suivant que les malades avaient ou non leur domicile de secours dans la commune. Le carnet sert de carte d'admission et doit toujours être présenté au médecin et au pharmacien. (Article 26.)

SECOURS A DOMICILE

1) *Consultations chez le médecin et création de dispensaires*

L'article 26 du règlement, rappelant les principes de l'article 3 de la loi, allait ouvrir la voie à deux organisations particulièrement intéressantes :

- 1^o Un service de consultation périodique ;
- 2^o La création de dispensaires.

Le paragraphe 1^{er} rappelait que tous les malades en état de se déplacer devaient être admis à la consultation au domicile du médecin. Cette disposition était nécessaire pour prévenir les abus qui auraient pu se produire.

Toutefois, ajoute le règlement, « il pourra être établi dans « la commune, d'accord entre le maire et le médecin, un « service de consultation périodique, et même un dispensaire dans un local affecté à cet effet. » C'était là le retour à une disposition qui avait été primitivement édictée par le projet de loi : la création obligatoire de dispensaires. La Chambre des Députés n'avait pas voulu adopter à ce sujet une mesure générale dont l'application eût pu donner lieu à certaines difficultés, notamment à un surcroît de dépenses excessif dans certaines communes.

Le règlement donne à cette création un caractère essentiellement facultatif puisqu'elle est subordonnée à l'accord préalable du maire et du médecin. Même avec cette réserve, certains conseillers généraux se montrèrent presque hostiles à la mesure proposée, ne voulant pas provoquer ainsi les communes à des constructions d'édifices spéciaux.

Le rapporteur fit observer cependant que le local pourrait être extrêmement simple, parfois une salle de mairie, parfois même le cabinet du médecin. De plus, si les communes voulaient édifier un établissement spécial, elles pourraient obtenir un secours du Conseil général ou de l'Etat. Peut-être y aurait-il moyen d'ajouter à cette salle de consultation un établissement d'hydrothérapie, comme l'indiquait la circulaire ministérielle du 18 mai, ou des bains-douches à bon marché si préconisés par les hygiénistes actuels.

Comme nous le verrons par la suite, il n'y a pas encore eu dans le département de la Somme de création de cette nature.

2) *Visites à domicile*

Après avoir posé cette règle que le malade doit d'abord aller consulter le médecin, soit à son domicile, soit à son dispensaire, le règlement, dans les articles 27 et 28, prévoit la visite à domicile du médecin, soit dans les cas urgents, directement sur l'appel du malade ou de sa famille, soit sur la demande du maire ou, à son défaut, d'un membre du bureau d'assistance délégué à cet effet.

Le Conseil général se refusa à voter une motion additionnelle proposée par un de ses membres tendant à permettre de faire appeler en consultation dans les cas graves un second médecin.

Les articles 29, 30 et 31 sont relatifs à la délivrance des médicaments et, comme précédemment, le Conseil général fut d'accord pour éliminer du tarif élaboré par le Préfet toutes les spécialités.

Les articles 32, 33 et 34 traitent de la délivrance et du retrait des carnets et ne donnèrent lieu à aucune difficulté.

SECOURS HOSPITALIERS

En ce qui concerne les secours hospitaliers, le Conseil général vota sans discussion les articles suivants :

Art. 35. — Dans le cas où il y a impossibilité de soigner utilement un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'hôpital de la circonscription. Le certificat médical indique les motifs qui rendent nécessaire l'admission à l'hôpital ; il mentionne, en outre, l'hôpital sur lequel le malade doit être dirigé. Dans le cas de rattachement à une infirmerie (petit hôpital), si le choix du médecin porte sur le grand hôpital, les motifs en doivent être indiqués sur le certificat. Le certificat doit être contresigné par le président du bureau d'assistance ou son délégué ; ce délégué doit être ou un adjoint ou un membre du bureau d'assistance. Les malades sont admis sur la production de cette pièce.

Sur le vu du certificat, le maire s'assure qu'il y a une place libre à l'hôpital désigné par le médecin. Si tous les lits de cet hôpital sont occupés, il demande au Préfet sur quel autre établissement le malade doit être dirigé.

Art. 36. — Une copie du certificat médical doit être adressée au sous-préfet par les soins du maire.

Art. 37. — Tous les lits dont l'affectation n'est pas obligatoire d'après des actes de fondations, édits d'union ou conventions particulières, ou qui ne sont pas reconnus nécessaires aux services des vieillards ou incurables, des militaires, des enfants assistés ou des maternités, sont affectés au service de l'assistance médicale de la circonscription.

Art. 38. — Le transport des malades ou blessés à l'hôpital a lieu par les soins du représentant du bureau d'assistance et aux frais du service.

Art. 39. — Les malades ou blessés, privés de ressources, sans domicile de secours communal, sont hospitalisés, s'il y a lieu, aux frais du service de l'assistance médicale ; mais la dépense résultant des dix premiers jours de traitement incombe à la commune dans les conditions indiquées à l'article 20.

Art. 40. — Les frais de séjour des malades et blessés hospitalisés sont payés suivant le prix de journée fixé par le préfet conformément à l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

Le mandatement en est effectué par le Préfet, sur la production d'un état dûment certifié, établi en triple expédition par l'administration hospitalière et adressé dans les dix jours qui suivent l'expiration de chaque trimestre.

Cet état indique dans les colonnes distinctes :

- 1^o Le nom de la commune ;
- 2^o Les noms et prénoms des malades ;
- 3^o La date de l'entrée à l'hôpital ;
- 4^o La date de la sortie ;
- 5^o Le nombre de journées d'hospitalisation pendant le trimestre ;
- 6^o Le prix de la journée d'hospitalisation fixé par l'arrêté préfectoral ;
- 7^o La dépense totale ;
- 8^o Par quelle autorité le malade a été placé à l'hôpital ;
- 9^o Et dans la colonne « observations » la nature de la maladie ou de la blessure ayant motivé l'hospitalisation.

A cet état sont joints les certificats médicaux au vu desquels a eu lieu l'hospitalisation.

Le jour de l'entrée des malades à l'hôpital est admis dans le décompte ; celui de la sortie n'est pas compté.

Le Conseil général a émis son avis sur le rattachement des communes faisant partie du service à chacun des hôpi-

taux du département. En conformité de cet avis, le Préfet prit un arrêté qui fixait en même temps les prix de journée.

Les hôpitaux de rattachement étaient divisés en deux catégories :

1^o Les infirmeries ou petits hôpitaux ;

2^o Les grands hôpitaux (Amiens, Abbeville, Péronne), sur lesquels étaient dirigés les malades ayant besoin de soins spéciaux ou devant subir une opération particulièrement difficile.

ORGANISATION FINANCIÈRE ÉTABLIE PAR LE RÈGLEMENT

Aux termes de l'article 27 de la loi, les dépenses ordinaires incombent aux communes.

Les communes pourvoient à ces dépenses tant au moyen des ressources spéciales de l'assistance médicale, telles que le produit des fondations possédées par le bureau de bienfaisance ou les hospices pour l'assistance médicale à domicile, les dons et legs recueillis par le bureau d'assistance, le droit des pauvres sur les spectacles, etc... qu'au moyen des ressources ordinaires inscrites à leur budget.

Lorsque l'ensemble de ces diverses catégories de ressources sera insuffisant pour permettre de couvrir entièrement les frais du service, les communes seront obligées de voter des centimes additionnels aux quatre contributions directes ou des taxes d'octroi pour se procurer le complément des ressources nécessaires.

C'était la simple reproduction des termes de la loi.

Dans le cas où les communes étaient ainsi obligées de recourir à des centimes additionnels ou à des taxes d'octroi, elles avaient droit à une subvention du département calculée suivant le barème ci-après établi par la loi.

BARÈME ANNEXÉ A LA LOI DU 15 JUILLET 1893

TABLEAU A.

Servant à déterminer la part de la dépense à couvrir par les communes au moyen des ressources extraordinaires (centimes additionnels et taxes d'octroi) et le montant de la subvention qui doit leur être allouée pour l'assistance médicale gratuite, eu égard à la valeur du centime additionnel.

VALEUR DU CENTIME COMMUNAL	PORTION DE LA DÉPENSE A COUVRIR	
	par les communes au moyen des ressources extra- ordinaires	par le département au moyen de ses subventions et de celles de l'État
Au-dessous de 20 fr..	20 %	80 %
De 20 fr. 01 à 40 fr..	25 %	75 %
De 40 fr. 01 à 60 fr..	30 %	70 %
De 60 fr. 01 à 80 fr..	35 %	65 %
De 80 fr. 01 à 100 fr..	40 %	60 %
De 100 fr. 01 à 200 fr..	50 %	50 %
De 200 fr. 01 à 300 fr..	60 %	40 %
De 300 fr. 01 à 600 fr..	70 %	30 %
De 600 fr. 01 à 900 fr..	80 %	20 %
De 900 fr. 01 et au-dessus.	90 %	10 %

Les articles suivants, 50, 51, 52, 53, 54 et 55 n'ont donné lieu à aucune discussion, ni même à aucune remarque ; ils assurent le fonctionnement des dispositions prises par la loi. Nous nous bornons à les mentionner ci-dessous :

Art. 50. — La dépense afférente à chaque commune est établie après la liquidation annuelle.

Le montant de cette dépense, diminué du chiffre de la subvention, calculée comme il est dit à l'article 49, constitue le contingent définitif que la commune doit effectivement verser dans la caisse du département sous réserve du mode de description dans le budget départemental et le budget communal du versement de la subvention à allouer conformément à l'article 49.

Art. 51. — Le Conseil municipal vote à sa session de mai les ressources destinées à assurer le fonctionnement du service d'assistance médicale pendant l'année suivante. La somme présumée des dépenses diminuée de la subvention prévue, constitue le contingent provisoire.

Art. 52. — Les dépenses totales de l'année qui n'est pas commencée sont estimées devoir atteindre le montant de celles réellement effectuées pendant l'année écoulée, en tenant compte des modifications apportées à la liste d'assistance.

Art. 53. — Les maires sont, avant la session de mai, informés, par les soins du Préfet, du résultat de la liquidation des dépenses de l'année précédente.

Art. 54. — Si le contingent définitif, fixé après le décompte général des dépenses, est supérieur au contingent provisoire déjà versé par la commune, celle-ci verse le surplus dans la caisse du département.

Dans le cas, au contraire, où le contingent provisoire centralisé dépasse le contingent définitif, la différence est remboursée à la commune.

Art. 55. — Toutes les dépenses du service : honoraires de médecins, fourniture des médicaments et appareils, remboursements aux établissements hospitaliers, etc., sont ordonnées par le préfet. Le département recouvre sur les communes le montant des dépenses à la charge de celles-ci. Les

pièces de comptabilité sont centralisées à la Préfecture.

Les crédits nécessaires pour assurer le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite sont inscrits au budget départemental.

Sont rattachés, en recettes au même budget, au compte des produits éventuels :

- 1^o Les fonds de concours des communes ;
- 2^o La subvention de l'Etat ;
- 3^o Les recouvrements effectués sur les départements, sociétés, corporations, etc..., tenus à l'assistance médicale envers les malades privés de ressources.

Telles sont les dispositions du règlement organisant le service de l'assistance médicale gratuite dans le département de la Somme.

Ce règlement a subi, depuis, diverses modifications que nous aurons l'occasion de signaler en étudiant les différentes modalités de son fonctionnement.



Nous venons d'étudier les dispositions du règlement établi par le Conseil général de la Somme pour l'application de la loi de 1893 dans le département.

Nous allons maintenant examiner quels ont été les résultats du fonctionnement du nouveau service ainsi organisé.

Nous diviserons cette étude suivant trois ordres de faits bien distincts dans la marche du service :

- 1^o L'admission aux secours ;
- 2^o La délivrance des secours ;
- 3^o La répartition des charges.

CHAPITRE III

Admission aux secours

Fonctionnement des Commissions cantonales

L'Admission aux secours

Listes d'assistance

Nous avons vu qu'en 1890, le Conseil général avait décidé, à titre d'essai et à partir du 1^{er} janvier 1891, d'étendre les secours médicaux à tous les indigents des communes faisant partie du service de charité. Comme conséquence de la nouvelle organisation, le nombre des familles admises à profiter des avantages du service, qui était de 4.135 en 1890, fut tout d'un coup élevé à 8.526 familles en 1891 ; il était de 8.272 en 1892. Par suite du contrôle exercé par l'Administration préfectorale sur les listes qui étaient présentées à son approbation, le nombre a pu être ramené à 7.063 en 1893.

Le tableau ci-après indique les résultats de l'admission aux secours pendant les quatorze premières années d'application du service.

Tableau de l'admission aux secours médicaux gratuits

ANNÉES	POPULATION TOTALE du Département	POPULATION TOTALE des communes rattachées au service	NOMBRE D'ASSISTÉS inscrits	RAPPORT pour 100 du nombre des inscrits à la population des communes rattachées au service
1895	546.495	371.618	53.895	14,5
1896	543.279	356.572	54.929	15,4
1897	543.279	358.667	53.961	15,04
1898	543.279	365.868	35.063	9,58
1899	543.279	368.707	35.473	9,6
1900	543.279	370.754	36.309	9,7
1901	537.848	362.308	36.163	9,9
1902	537.848	370.538	37.272	10,05
1903	537.848	370.764	37.117	10,01
1904	537.848	370.764	37.525	10,1
1905	537.848	370.920	37.067	9,9
1906	532.567	364.252	36.303	9,9
1907	532.567	365.520	36.541	9,9
1908	532.567	365.528	35.879	9,8
1909	532.567	365.528	34.745	10,5

Le chiffre des inscrits s'éleva en 1895 à près de 54.000, et en 1896 à près de 55.000 ; il représentait 15,4 pour cent de la population des communes rattachées au service. En 1898, le nombre des assistés inscrits s'abaissa à 35.000, représentant 9,5 % de la population des communes rattachées au service et depuis il est demeuré à peu près stationnaire.

Cette brusque diminution a pour cause la modification apportée à son règlement par le Conseil général dans ses décisions d'avril et d'août 1897 et avril 1898. Jusqu'en 1897, les médecins étaient, en effet, comme nous l'avons dit, payés à l'abonnement, *d'après le nombre des familles inscrites* sur les listes d'assistance médicale gratuite. Ils furent, à partir de 1898, payés à l'abonnement *d'après le nombre des individus inscrits*. Ce nouveau système, outre qu'il se conciliait mieux avec les dispositions de la loi, portait en même temps remède aux abus inhérents à l'inscription par famille. Les Conseils municipaux, en présence de l'invariabilité de l'indemnité allouée au médecin quel que soit le nombre des membres de la famille, avaient une tendance à les porter tous sur les listes d'assistance, même ceux pour lesquels cette mesure ne semblait pas justifiée par leur situation précaire. Nous verrons plus loin que, si le système d'inscription par famille n'augmentait pas le chiffre des honoraires des médecins, il n'en était pas de même pour celui des dépenses relatives aux médicaments.

Les abus dans l'établissement des listes

Dans la Somme, comme dans la plupart des départements, des abus se produisirent à propos de l'établissement des

listes d'assistance médicale gratuite. Ils se présentaient sous un double aspect :

- 1^o Excès d'inscriptions ;
- 2^o Insuffisance d'inscriptions.

Excès d'inscriptions

Les municipalités, dans un intérêt électoral, ont une tendance à porter sur les listes des personnes qui ne sont pas réellement nécessiteuses.

Pour le département de la Somme, en 1905, la proportion des inscrits, par rapport à la population, était de 10 %. Pour toute la France, la même année, cette proportion était légèrement supérieure à 5 %.

Il est intéressant de relever cette proportion dans certains départements de la région. Pendant la période 1900-1902, elle était :

dans la Somme, de	9,23 %
— la Seine-Inférieure, de.	9,36 %
— le Pas-de-Calais, de . .	11,90 %
— le Nord, de	12,40 %

Dans d'autres départements, elle était infiniment plus faible :

dans la Marne	2,57 %
— l'Ain	2,43 %
— la Gironde.	2,30 %
— le Rhône	2,10 %
— la Creuse	1,27 %
— le Var.	0,90 %

De cette comparaison, on était fondé à présumer qu'il devait y avoir, dans le département de la Somme, abus d'inscriptions. Un relevé fait par l'administration préfectorale en 1908 montre que, dans certaines communes, le

nombre des assistés était de près d'un tiers de la population. Une commune, possédant 307 habitants en comptait 92 inscrits sur les listes d'assistance médicale gratuite (1). Le Préfet fit procéder à une enquête dans plusieurs de ces communes par l'Inspecteur de l'Assistance publique ; les maires reconnurent aisément qu'ils avaient fait figurer sur les listes un trop grand nombre d'assistés, que ce nombre pouvait être considérablement réduit, mais ils objectaient qu'ils se trouvaient, comme maires, dans une situation très difficile pour refuser d'accéder aux demandes qui leur étaient faites.

« Croyez-vous, écrivait un maire dans un journal local, « qu'il est facile pour un Conseil municipal, qui dépend « uniquement des électeurs de la commune, de refuser l'assis- « tance médicale à deux, à trois, à quatre ouvriers de quatre « familles différentes, alors que leur situation est assez bonne, « qu'ils vivent facilement sans cependant être dans l'aisance. « Si le Conseil municipal refuse ces quatre individus, il a « contre lui quatre familles, et, si c'est une petite commune, « il est assuré d'avoir un échec aux élections suivantes. « N'allez pas croire que tous les conseillers municipaux, de « quelque opinion qu'ils soient, ne pensent pas à leur réélec- « tion.

« C'est donc une faute du législateur de 1893 d'avoir

(1) *Progrès de la Somme*, 3 avril 1908. « Certains maires oublient que la loi est essentiellement communale, que l'Etat et le Département n'interviennent qu'à titres de subventions..... Aussi, dans un but de popularité malsaine, inscrivent-ils sur la liste des assistés des habitants aisés, les compagnies entières de pompiers, officiers en tête.

« Aux maires prodigues de l'argent des autres, aux profiteurs sans vergogne, qui usurpent le patrimoine des pauvres, il convient d'ajouter les praticiens, portés à voir dans la loi une aubaine inespérée pour les médecins faméliques. »

« charge les conseillers municipaux de l'admission sur les
« listes d'assistance médicale gratuite. Ils ne sont pas assez
« indépendants par nature pour faire des listes justes et
« sincères. Il devrait exister une Commission indépendante
« en tous points » (1).

A la date du 15 octobre 1908, le Préfet adressa aux maires une circulaire pour appeler leur attention sur la nécessité d'une sérieuse revision des listes d'assistance. Il les informait en outre que le Conseil général avait décidé que la Commission départementale aurait, à l'avenir, à tenir compte, dans l'attribution des secours aux communes, du soin avec lequel aurait été dressée la liste.

Ces observations ne produisirent pas l'heureux résultat que le Préfet annonçait en ces termes à la session du Conseil général d'avril 1909 : « Les municipalités, déclarait-il, ont
« reconnu le danger des exagérations dans les inscriptions
« sur les listes d'assistance et de 35.878 inscrits pour 1908,
« nous tombons à 27.885 pour 1909. » Ces constatations étaient quelque peu optimistes.

En effet, si les listes comprenaient au début de l'année un nombre moins élevé d'assistés, à la suite des revisions successives elles atteignirent le chiffre de 34.745, d'après le relevé définitif qui vient d'être fait.

Il est à prévoir que ces chiffres vont diminuer pour 1910 par suite du fonctionnement du nouveau service de contrôle sur place.

Insuffisance d'inscriptions

On remarque, dans certaines communes, un abus contraire à celui que nous venons de signaler. Le nombre des inscrits

(1) *Chronique Picarde*, 20 avril 1908.

sur les listes d'assistance est parfois nul, souvent insignifiant par rapport au chiffre de la population.

A quels mobiles ont obéi les municipalités en restreignant ainsi le nombre des inscrits ?

La loi de 1893 disait, dans son article 19 : « En cas d'urgence, dans l'intervalle de deux sessions, le Bureau d'assistance peut admettre provisoirement, dans les conditions de l'article 12 de la présente loi, un malade non inscrit sur la liste. En cas d'impossibilité de réunir à temps le bureau d'assistance, l'admission peut être prononcée par le maire, qui en rend compte, en comité secret, au Conseil municipal, dans sa plus prochaine séance. »

En se réservant de recourir à ce moyen qui, dans l'esprit de la loi, ne devait être employé qu'accidentellement, en n'admettant à l'assistance les indigents qu'au moment où ils seraient atteints par la maladie, la commune n'avait rien à payer pour ceux qui passaient l'année sans être malades. Souvent encore, les maires agissaient ainsi dans un but de propagande électorale en distribuant d'eux-mêmes généreusement, sur leur initiative personnelle, les secours gratuits.

Dans une commune de 1.200 habitants, 51 furent inscrits sur les listes et 21 admis d'urgence en 1908. Dans une autre de 900 habitants, 24 figuraient sur les listes et 16 furent inscrits d'urgence. Il y avait sans doute là une économie réalisée lorsque les médecins étaient payés à l'abonnement à tant par tête d'inscrit. Mais, comme nous le verrons, les tarifs en cas d'inscription d'urgence étant beaucoup plus élevés, les communes peuvent, au lieu de l'économie qu'elles espéraient réaliser, avoir à supporter des dépenses plus fortes pour les quelques malades soignés que si elles avaient régulièrement inscrit tous les indigents.

La moyenne du nombre de ces inscriptions d'urgence

dépasse de beaucoup dans la Somme celle des départements de la région.

En 1899, la proportion des inscrits d'urgence au total des inscrits ordinaires a été :

dans la Somme, de	1,9 %
— l'Oise, de	1,9 %
— la Seine-Inférieure, de	1,4 %
— le Pas-de-Calais, de	1,2 %
— le Calvados, de	0,4 %
— l'Eure-et-Loir, de	0,7 %
— le Loiret, de	2,2 %
— la Marne, de	0,33 %

En 1902 :

dans la Somme, de	7,4 %
— l'Oise, de	1,2 %
— la Seine-Inférieure, de	3,2 %
— le Pas-de-Calais, de	1,3 %
— le Nord, de	5,2 %

En 1908, elle est dans la Somme de 5,17 % du total des inscrits.

Il y avait parfois un autre prétexte à l'insuffisance d'inscriptions sur les listes d'assistance. Certains maires, comprenant mal l'esprit de la loi de 1893, pensaient que doivent seuls être admis les indigents que leur état de santé ordinairement défectueux, *prédispose à la maladie*. C'était là fausser le but de la loi ; comme l'a écrit M. Monod, « la privation de
« ressources justifiant l'admission aux secours publics résulte
« de la situation précaire d'un individu qui, pouvant se passer
« de l'assistance en temps ordinaire, sera dans l'impossibilité,
« le jour où il sera atteint par la maladie, de payer un méde-
« cin et les remèdes nécessaires. »

Une autre mauvaise interprétation de la loi était encore

une cause d'insuffisance d'inscriptions. Les municipalités ont estimé souvent que, seuls, les *indigents* devaient être portés sur les listes. Or, la loi, dans son article 1^{er}, dit : « Tout Français malade, privé de ressources, reçoit gratuitement l'assistance... »

Cette expression *privé de ressources* a un sens plus large que celle d'*indigent*. Tel ouvrier, auquel le produit de son travail quotidien suffit à assurer les moyens d'existence, peut se trouver, par suite d'accident ou de maladie, dans l'impossibilité de subvenir aux frais nécessités par son traitement et son entretien. Le nombre des individus sans ressources et non susceptibles d'être secourus peut être plus grand que celui des indigents (1).

C'est mal répondre au but de la loi que de n'accorder ainsi les secours médicaux gratuits qu'aux seuls indigents proprement dits.

Le règlement élaboré par le Conseil général de la Somme en 1894, employait l'expression *indigents*. Le Ministre de l'Intérieur, pour les motifs que nous venons d'exposer, fit observer qu'il y avait lieu de remplacer cette expression par celle de *personnes privées de ressources*. Cette modification fut faite à la session d'avril 1895.

« Il arrive souvent encore, disait un Conseiller général, que, selon que les médecins du service de l'assistance sont plus ou moins sympathiques à certains maires, on porte sur la liste moins ou plus d'indigents, auxquels le médecin doit

(1) BERTHÉLEMY. *Traité élémentaire de Droit administratif*, 1906, p. 808.
« La liste des gens sans ressources et susceptibles d'être secourus peut être plus longue que la liste des indigents inscrits au Bureau de bienfaisance. On a tenu à ce qu'on ne pût pas refuser le secours médical gratuit à quelqu'un sous prétexte que ce quelqu'un n'est pas périodiquement secouru comme le sont les indigents du Bureau de bienfaisance. »

« donner ses soins à forfait, moyennant la somme de 1 franc
« par an, d'après l'ancien règlement... et alors, chaque fois
« qu'il arrivait un accident ou une maladie, c'étaient des
« inscriptions d'office qui quadruplaient la dépense. »

Les inscriptions d'urgence cachaient souvent des irrégularités : certains malades non indigents se faisaient admettre complaisamment par le maire à l'assistance gratuite ; la décision du maire était annulée ; ces malades remboursaient alors à la commune les frais qu'ils lui avaient occasionnés ; — mais ils avaient ainsi pu se faire soigner aux prix très réduits du service médical gratuit.

Il y a là évidemment une lacune dans la loi ; elle porte un préjudice sérieux aux médecins dont la générosité et le dévouement sont souvent mis à l'épreuve pour la médecine gratuite. Mais il est difficile de porter complètement remède à cet état de choses ; on pourrait toutefois en atténuer les conséquences en exigeant que les maires, en signalant à la Préfecture l'inscription d'office faite en cours d'année, produisissent un certificat attestant que les formalités de l'article 19 ont été remplies et qu'ils n'ont pu réunir à temps le bureau d'assistance.

Fonctionnement des Commissions cantonales

Nous avons étudié comment la loi de 1893 et le règlement du Conseil général avaient constitué les Commissions cantonales et le rôle qui leur était assigné.

Les réclamations qu'elles ont eu à examiner ont été très peu nombreuses et, dans certains départements, leur organisation a été longue et laborieuse.

Le tableau comparatif ci-contre fait ressortir que ces Commissions n'ont pas donné les résultats qu'on était en droit d'en attendre.

Tableau du fonctionnement des Commissions cantonales

ANNÉES	ENSEMBLE DE LA FRANCE					DÉPARTEMENT DE LA SOMME				
	NOMBRE des commissions cantonales qui se sont réunies	DEMANDES EN INSCRIPTION		DEMANDES EN RADIATION		NOMBRE des commissions cantonales qui se sont réunies	DEMANDES EN INSCRIPTION		DEMANDES EN RADIATION	
		présentées	admisses	présentées	admisses		présentées	admisses	présentées	admisses
1895	81	536	480	16	9	7	32	25	»	»
1896	82	481	375	74	38	6	30	22	»	»
1897	58	235	134	10	8	10	9	6	7	5
1898	59	230	190	»	»	4	4	2	»	»
1899	57	306	232	261	261	3	39	31	»	»
1900	56	193	172	4	4	1	4	4	»	»
1901	87	1564	990	161	145	1	1	1	»	»
1902	82	836	306	151	135	3	11	6	»	»
1903	»	»	»	»	»	3	10	4	»	»
1904	»	»	»	»	»	3	4	4	»	»
1905	»	»	»	»	»	1	24	6	5	4
1906	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1907	»	»	»	»	»	2	2	2	»	»
1908	»	»	»	»	»	10	9	6	1	»
1909	»	»	»	»	»	Renseignements inconnus quant à présent.				

Nous n'avons pu connaître les résultats du fonctionnement des Commissions cantonales, pour l'ensemble de la France, depuis 1902.

Dans le département de l'Aude, 260 demandes en radiation ont été présentées et 260 admises en 1899.

De 1897 à 1899, aucune demande en radiation ou en inscription n'a été produite dans 47 départements.

Il résulte des statistiques de ce tableau que les Commissions cantonales ont joué dans le département de la Somme (comme dans le reste de la France, d'ailleurs) un rôle des plus restreints. Pour pouvoir, en effet, s'acquitter de la mission que leur confie la loi, il faut que les Commissions soient saisies de réclamations. Or, les demandes présentées devant elles ont été peu nombreuses. Cependant, à l'époque de chaque revision trimestrielle des listes, des exemplaires d'affiches sont envoyés par les soins de la préfecture pour être placardées ; elles indiquent aux intéressés leur droit de recours contre la décision du Conseil municipal et le délai dans lequel les réclamations doivent être formulées. Il faudrait qu'un citoyen qui sait qu'en cas de maladie il sera réduit, au moins temporairement, à l'indigence, ne craigne pas de réclamer son inscription à la Commission cantonale d'appel ; il faudrait par contre que les contribuables ne redoutassent pas de réclamer contre les inscriptions abusives.

A cette insuffisance de l'initiative privée, la loi de finances du 13 avril 1908 (article 53) a cru apporter un remède en donnant au Préfet ou à son délégué le droit d'introduire directement des réclamations devant les Commissions cantonales.

Cette disposition légale ne reçut guère encore d'application. On peut signaler cependant l'excellente initiative prise, en 1899, par le Préfet de l'Aude ; il exerça un recours en réformation des listes d'assistance de 5 communes et sur 260 demandes en radiation présentées, 260 furent admises par les Commissions cantonales. Mais, en général, le Préfet est mal placé pour être à même de connaître la situation des habitants des campagnes. Il faudrait une quantité de fonctionnaires pour recueillir des renseignements qui ne peuvent être pris que sur place.

Dans la Somme, aucune réclamation émanant du Préfet ne s'est encore produite.

Dans un rapport présenté à la séance du 29 avril 1908, M. Dutilloy, conseiller général, indiquait un moyen assez pratique pour éviter ces abus : « Nous proposons, disait-il, « d'imposer que soit toujours remplie exactement la colonne « spéciale dans laquelle le percepteur doit, avant l'approba- « tion du Conseil municipal, reproduire sur la liste, en face « de chaque nom, le montant des contributions payées par « le chef de famille sous le toit duquel l'inscrit demeure. « Ce renseignement permet : 1^o au Conseil municipal d'appré- « cier les conditions de ressources des personnes inscrites « qui, d'après la loi, doivent être en état d'indigence : 2^o à « la Commission de surveillance et de contrôle de faire « relever les noms de contribuables considérés comme « inscrits à tort en raison de leur état de fortune. Il est « nécessaire de demander la cote du chef de famille sous le « toit duquel vit l'inscrit, car pour obtenir un certificat « négatif du percepteur, on inscrit parfois un enfant ou la « femme sous son nom de jeune fille, parce qu'ils ne figurent « pas au rôle. »

D'après ces renseignements, le Préfet pourrait aussi former des réclamations devant les Commissions cantonales.

Depuis 1908, les imprimés sur lesquels sont dressées les listes d'assistance et les tableaux rectificatifs établis à la suite des trois dernières sessions du Conseil municipal, comportent une colonne où doit être mentionné le chiffre des contributions du chef de famille sous le toit duquel habite l'inscrit.

Mais ce renseignement n'est pas assez complet pour faire ressortir les abus ; certaines familles peuvent avoir des moyens de vivre suffisants, par suite du produit du travail

de leurs membres, bien que le chef ne paie pas ou paie très peu d'impôts.

Il y aurait une réforme à apporter dans l'établissement des listes, réforme qui faciliterait en même temps les opérations de contrôle : elle consisterait à mentionner, dans une colonne spéciale, le salaire du chef de famille — porté ou non sur la liste — le salaire de la femme et celui des enfants qui travaillent.

Mais le meilleur moyen pour le Préfet d'être informé de ces irrégularités réside dans l'institution d'un contrôle assuré par un fonctionnaire spécial.

C'est ce service qui a été établi dans la Somme par un arrêté en date du 2 décembre 1909, que nous étudierons plus loin.

CHAPITRE IV

La délivrance des secours

La délivrance des secours aux individus privés de ressources, inscrits sur les listes d'assistance médicale, se présente sous deux formes : le traitement à domicile et le traitement hospitalier.

Traitement à domicile

Conformément à l'esprit de la loi de 1893, le secours à domicile est devenu le mode normal d'assistance et les statistiques font ressortir sa prédominance marquée sur l'hospitalisation.

Dans le tableau ci-après, nous indiquons le nombre des indigents qui en ont bénéficié.

A partir de 1907 nous constatons des augmentations : Quelle en est la cause ?

C'est à dater de 1907 que fut appliqué le nouveau règlement du Conseil général instituant le paiement des médecins à la visite au lieu du paiement à l'abonnement jusqu'ici employé. Il faut reconnaître que le mode de rémunération à la visite offrait à un certain nombre de médecins un moyen d'augmenter abusivement leurs honoraires, en augmentant le nombre de leurs visites. Dans le journal *Le Praticien*, M. le docteur Moulonguet, directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens reconnaît « qu'il est trop tentant pour quelques « médecins d'entrer, par occasion, mais moyennant rémunération, chez un indigent qui n'a plus besoin de leurs soins ».

En même temps qu'il adoptait le système de paiement à

Tableau de la délivrance des secours médicaux gratuits

ANNÉES	NOMBRE des INSCRITS	NOMBRE des MALADES soignés à domicile	PROPORTION entre le nombre des MALADES soignés à domicile et celui des inscrits 0/0	NOMBRE des MALADES soignés à l'hôpital	PROPORTION du nombre des MALADES soignés à l'hôpital à celui des inscrits 0/0	PROPORTION du nombre des MALADES soignés à l'hôpital à celui des MALADES assistés à domicile 0/0
1895	53.895	13.126	24	151	0,28	1,1
1896	54.929	13.794	25	246	0,44	1,7
1897	53.961	21.333	39	335	0,65	1,6
1898	35.063	17.475	49	400	1,1	2,2
1899	35.473	18.118	51	446	1,2	2,4
1900	36.309	18.579	51	517	1,4	2,7
1901	36.163	17.344	47	524	1,4	3,02
1902	37.272	19.677	52	585	1,5	2,9
1903	37.117	17.933	48	661	1,7	3,6
1904	37.525	17.415	46	660	1,7	3,7
1905	37.076	17.010	45	677	1,8	3,9
1906	36.303	16.784	46	738	2,03	4,3
1907	36.513	18.161	49	831	3,6	4,5
1908	35.879	20.824	58	1.100	2,2	5,2
1909	34.745	22.800	65	1.221	3,5	5,3

la visite, le Conseil général établissait celui du libre choix du médecin par l'assisté. Le jeu de la concurrence entre les médecins allait occasionner une élévation du nombre de leurs visites, le malade allant naturellement vers le médecin qui fait le plus de visites et délivre le plus de médicaments.

Dans un rapport présenté à la session d'avril 1908, M. Dutilloy, conseiller général, disait : « Il apparaît, sur
« plusieurs points du département, que le souci de donner
« aux pauvres la faculté de confier leur santé au médecin qui
« a leur confiance cachait un moyen de multiplier les visites ;
« un inscrit considérant qu'un premier médecin, puis un
« second ne se rendent pas assez souvent à sa convocation,
« et surtout ne lui donnent par la quantité de médicaments
« qu'il désire sans nécessité, peut changer à volonté le
« praticien et le dernier appelé sait à l'avance à quelles
« conditions il obtiendra enfin cette confiance marchandée. »

Les dispensaires

L'article 26 du règlement du Conseil général prescrit que, d'accord entre le maire et le médecin, un service de consultation périodique et même un dispensaire pourraient être établis dans un local désigné à cet effet. Les malades en état de s'y transporter s'y rendraient au jour de la consultation du médecin, et prendraient même, lorsqu'il serait possible, le remède sur place (1).

(1) « Dans les communes rattachées à l'organisation départementale, les dépenses des dispensaires ayant trait aux honoraires médicaux, à l'achat de médicaments ou d'appareils, et les frais généraux ou de personnel correspondant à la partie médicale de leur service appellent la subvention départementale du barème A..., à condition, bien entendu, qu'on n'y reçoive que des malades, ce qui exclut les consultations de nourrissons organisées pour la protection du premier âge. » (G. RONDEL, Op. cit., page 37).

Aucune application de cette mesure n'a encore été faite dans le département de la Somme. Les maires ont généralement pensé que ce mode d'assistance pourrait froisser chez les malades certaines pudeurs en les obligeant à afficher ainsi leur indigence et à laisser deviner parfois la nature de leurs maladies.

De plus, au point de vue financier, le système du dispensaire ne présentait aucun intérêt puisque les médecins étaient payés, aux termes du règlement, à l'abonnement suivant un prix à forfait par tête d'inscrit.

On a dit que la création de dispensaires aurait pour conséquence de diminuer le nombre des hospitalisations. Cela ne nous paraît pas exact, car les soins qui peuvent y être donnés (pansements, emploi de spéculum, injections, examen sur plate-forme, etc...) sont d'une simplicité qui ne justifierait pas l'envoi du malade à l'hôpital.

Les opérations de petite chirurgie qui pourraient être pratiquées peuvent l'être tout aussi aisément à domicile.

Traitement à l'hôpital

Le dernier tableau que nous avons publié, montre une augmentation rapide dans le nombre des indigents, soignés dans les hôpitaux de rattachement.

De 151 pour 53.895 inscrits en 1895, il passe à 1.100 pour 35.879 inscrits en 1908. En 1898, nous remarquons que, malgré une diminution de 13.900 inscrits, le nombre des malades soignés à l'hôpital a néanmoins augmenté ; la moyenne, par rapport au nombre des inscrits, est passée de 1,6 à 2,2 pour 100. Cette augmentation a pour cause la suppression, qui fut décidée par le Conseil général, du tarif des opérations.

Cependant, la Somme est un des départements où la moyenne du nombre des malades hospitalisés, par rapport au chiffre des assistés à domicile, est des plus faibles. En 1897, elle était en effet :

dans la Somme, de	1,6 %
— le Pas-de-Calais, de . . .	0,3 %
— le Nord, de	1,2 %
— le Calvados, de	27,2 %
— l'Aisne, de	7,1 %
— la Seine-Inférieure, de .	4,4 %

En 1898 :

dans la Somme, de	2,2 %
— le Pas-de-Calais, de . . .	0,5 %
— le Nord, de	1,4 %
— le Calvados, de	18,8 %
— l'Oise, de	5,0 %
— l'Aisne, de	9,7 %
— la Seine-Inférieure, de .	3,7 %

En 1899 :

dans la Somme de	2,4 %
— le Pas-de-Calais, de . . .	0,7 %
— le Nord, de	1,6 %
— le Calvados, de	9,4 %
— l'Oise, de	5,3 %
— l'Aisne, de	12,5 %
— la Seine-Inférieure, de .	5,1 %

En 1902, elle est :

dans l'ensemble de la France, de	4,8 %
— la Somme, de	2,9 %
— le Pas-de-Calais, de . . .	0,8 %

dans le Nord, de	1,5 %
— le Calvados, de	11,3 %
— l'Oise, de	4,5 %
— l'Aisne, de	13,5 %
— la Seine-Inférieure, de .	6,8 %

En 1906, elle est :

dans l'ensemble de la France.	4,8 %
— la Somme, de	4,3 %
— le Pas-de-Calais, de . . .	1,3 %
— le Nord, de	1,4 %
— le Calvados, de	10,3 %

En 1908, cette moyenne s'est élevée, dans le département de la Somme, à 5,2 %.

A cette augmentation du nombre des hospitalisations, il y a trois raisons principales :

1^o Lorsque les médecins se trouvent en présence d'un indigent dont la maladie se prolonge, ou menace de se prolonger, ils l'envoient à l'hôpital ; le système de paiement à l'abonnement ne donnerait pas, en effet, une rémunération proportionnelle au nombre de leurs visites et à l'importance de leurs soins.

2^o Si le médecin doit procéder à une intervention chirurgicale délicate, mais qui pourrait néanmoins être faite sur place, la crainte d'une responsabilité, du mauvais effet que produit sur les populations une opération qui tourne mal, l'incite à remettre les malades aux mains des médecins de l'hôpital.

3^o Il arrive parfois, comme nous l'avons déjà signalé plus haut, que certains maires inscrivent d'urgence au service de l'assistance médicale gratuite des personnes non indigentes dont l'état exige une grave intervention chirurgicale.

Peu soucieux d'engager sa responsabilité, le médecin se prête à la combinaison et délivre un certificat en vue de l'admission à l'hôpital. L'opération y est effectuée et ne donne lieu qu'au paiement des frais de journée réglés conformément au tarif de l'assistance médicale gratuite. Ces frais, l'opéré les rembourse à la commune, qui, par suite, n'éprouve aucun préjudice.

Quant au malade, il y trouve un avantage appréciable que représente la différence entre le prix qui lui eût été normalement réclamé et celui qu'il a acquitté au tarif réduit.

Pour éviter, dans la mesure du possible, ces abus, le Conseil général décida en 1904 que tous les hospitalisés de l'assistance médicale gratuite devraient, à l'avenir, produire un certificat du percepteur attestant qu'ils ne paient aucune autre imposition que la cote personnelle-mobilière.

Si nous envisageons maintenant la moyenne des jours passés à l'hôpital par les malades du service de l'assistance médicale, nous voyons que, pour la Somme, elle se rapproche sensiblement de la moyenne générale pour la France.

Elle est :

En 1900, pour toute la France, de.	55 jours
— pour la Somme, de. . .	54 —
En 1901, pour toute la France, de.	55 jours
— pour la Somme, de. . .	53 —
En 1902, pour toute la France, de.	56 jours
— pour la Somme, de. . .	54 —

Cette durée paraît encore excessive ; elle résulte de ce que de nombreux incurables, avant l'application de la loi du 14 juillet 1905, rentraient à l'hôpital aux frais du service de l'assistance médicale gratuite. Cette situation a pris fin avec cette loi, qui consacra le principe de l'assistance obligatoire

en faveur des vieillards, des infirmes et des incurables et le mit en vigueur à partir du 1^{er} janvier 1907. Nous voyons, en effet, la moyenne des journées par malade passer, dans le département de la Somme, à :

53 en 1907.

38 en 1908.

37 en 1909.

Hôpitaux de rattachement

La Somme compte 21 hôpitaux de rattachement (1). Ces établissements peuvent mettre à la disposition des malades du service de l'assistance médicale gratuite 275 lits, soit un lit pour 141 inscrits. Jusqu'ici le nombre des lits a été suffisant pour assurer le placement des malades dont l'hospitalisation a été jugée nécessaire.

Néanmoins, dans la pratique, quelques hôpitaux se sont parfois trouvés dans la nécessité d'utiliser pour les malades de la commune tout ou partie des lits affectés aux malades des communes rattachées. Dans ce cas, les malades ont été dirigés sur d'autres hôpitaux ayant des lits disponibles ; ces sortes de placements, opérés avec l'intervention de l'autorité préfectorale (qui s'informe avant de diriger un malade sur un hôpital s'il y a un lit disponible) n'ont d'ailleurs jamais soulevé de difficultés.

(1) « Un hôpital public est toujours obligé d'acquiescer à sa désignation comme hôpital de rattachement. Le Conseil général est souverain à cet égard, à condition que son choix ne s'égare pas sur de simples hospices de vieillards et sous réserve pour l'établissement hospitalier de n'accepter des malades du dehors que dans la mesure de ses disponibilités en lits d'hôpital. »
(G. RONDEL, *La Commune et l'Assistance obligatoire*, 1907, p. 27.)

CHAPITRE V

Charges financières du service

Les dépenses du service médical, dit l'article 26 de la loi, se divisent en dépenses ordinaires et dépenses extraordinaires.

Ces dernières comprennent la construction et l'agrandissement d'hôpitaux ; elles n'ont donné lieu, dans la Somme, à aucune observation intéressante au point de vue de notre étude.

Les dépenses ordinaires comprennent :

- 1^o Les honoraires des médecins, chirurgiens et sages-femmes du service d'assistance à domicile ;
 - 2^o Les frais de médicaments et d'appareils ;
 - 3^o Les frais de séjour des malades dans les hôpitaux (1).
-

§ 1^{er}. — Les honoraires des Médecins. — Conflit entre le Conseil général et le Syndicat des Médecins de la Somme.

Les honoraires des Médecins

Le mode de rémunération des médecins constitue la question essentielle dans le chapitre des charges financières résultant de l'application du nouveau service. C'est elle qui en forme la principale dépense.

Nous avons vu que la loi avait chargé le Conseil général de statuer sur le mode de désignation des médecins et sur le tarif des honoraires qui leur seraient alloués.

(1) Les frais de transport et les frais d'inhumation des hospitalisés sont assimilés aux frais de traitement.

Le chiffre de la dépense est lié intimement et directement au système adopté et il convient par conséquent d'examiner tout d'abord les décisions prises à ce sujet par le Conseil général de la Somme.

Lors de l'élaboration de son règlement, cette assemblée avait à porter son choix sur l'un des trois systèmes précédemment appliqués dans les départements pourvus d'un service médical de charité :

1^o Le plus ancien était celui qui avait été organisé en 1810 dans le département du Bas-Rhin. C'est celui de la médecine cantonale (1).

Le Préfet désigne, dans chaque canton, un médecin chargé de donner ses soins aux indigents ; ce médecin reçoit une allocation fixe proportionnée tant à l'étendue du canton qu'au nombre des malades qu'il peut être appelé à traiter ; c'est en quelque sorte un fonctionnaire.

2^o Le second système est celui des circonscriptions médicales.

Au lieu d'un canton, parfois trop étendu, c'est une circonscription déterminée spécialement, dans laquelle le

(1) C'est dans la Somme qu'on peut trouver les origines de ce système de la médecine cantonale.

Vers la seconde moitié du XVIII^e siècle, la noblesse picarde offre plusieurs types de véritables philanthropes émules et contemporains du duc de La Rochefoucault-Liancourt.

Le Comte de Mailly adressa aux curés de son comté, en 1779, un mémoire dont nous extrayons les passages suivants :

« M. le Comte de Mailly, désirant donner les secours les plus nécessaires aux pauvres et aux habitants en général du Comté de Mailly, MM. les Curés des sept paroisses sont priés de remettre au premier Janvier de chaque année au sieur Levasseur, homme d'affaires de la terre, un état circonstancié des pauvres de leur paroisse, en observant de ne placer dans ce nombre que ceux qui véritablement ont besoin de secours, afin de ne pas priver, par une

médecin soigne tous les malades indigents. Tous les médecins qui adhèrent au règlement sont chargés des soins à donner aux malades d'une circonscription qui leur est assignée.

3^o Le système dit Landais ou Vosgien est organisé sur les bases suivantes :

Les malades ont le libre choix du médecin. Tous les médecins qui acceptent les conditions du règlement font partie du service ; ils sont payés à la visite et reçoivent, pour leurs déplacements, une indemnité de tant par kilomètre ; mais, si les fonds votés par le département ne suffisent pas à régler le montant intégral des dépenses, les honoraires sont proportionnellement réduits.

Nous n'avons pas à examiner ici la valeur respective de ces divers systèmes, étude d'ailleurs maintes fois entreprise (1). Nous nous bornerons seulement à constater les conséquences financières de l'application faite de deux d'entre eux par le Conseil général de la Somme.

Lors de l'élaboration de son règlement, l'Assemblée dépar-

multiplicité mal placée, les vrais pauvres d'une partie d'une aumône dont on sent que la distribution ne pourrait s'étendre à l'infini.

..... M. le Comte de Mailly vient de faire l'établissement d'un chirurgien habile qui... est chargé de remplir gratuitement toutes les fonctions et les devoirs de son état auprès de tous les habitants du comté, soit riches, soit pauvres..... Quant aux remèdes et médicaments nécessaires pour le traitement des maladies, et dont le choix et la qualité sont de la plus grande importance, le Roy ayant bien voulu entrer dans les vues de M. le Comte de Mailly, Sa Majesté a ordonné qu'il fut remis chaque année à cet établissement tous les remèdes dont il aurait besoin.

Ledit chirurgien sera tenu d'accoucher toutes les femmes qui pourront le faire demander à cet effet..... » (V. DE BEAUVILLÉ. — *Documents inédits concernant la Picardie*. Paris, Imprimerie nationale, 1881. Tome IV, p. 695.)

(1) *Conseil supérieur de l'Assistance publique*. Fascicule 22, p. 37.

tementale décida que le service serait assuré, dans chaque commune, par un médecin nommé par le Préfet.

Pour les honoraires, le système de paiement à l'abonnement fut adopté : le médecin reçoit une indemnité annuelle de trois francs par famille ayant le même foyer, dont un ou plusieurs membres sont inscrits sur les listes, pour les communes dont la distance du lieu de résidence du médecin ne dépasse pas six kilomètres, ou par inscrit d'urgence ; pour les communes plus éloignées, l'indemnité est de cinq francs par famille.

Une indemnité de dix francs est en outre accordée pour chaque accouchement effectué à domicile. Un tarif des opérations chirurgicales fut établi par le Préfet par arrêté du 18 décembre 1894.

En 1895, les honoraires des médecins s'élevèrent à 41.270 fr. 20 pour l'abonnement, pour 53.895 inscrits et 13.126 malades soignés à domicile.

L'Association des Médecins de la Somme demanda cette même année au Conseil général les modifications suivantes au règlement :

La rémunération annuelle ne serait plus accordée par famille, mais par inscrit, et l'inscription d'un membre de la famille entraînerait celle de tous les autres.

L'Association réclamait :

1^o 1 franc par inscrit domicilié dans la commune de la résidence du médecin ;

2^o 2 francs en dehors de la résidence du médecin jusqu'à une distance de 4 kilomètres ;

3^o 2 fr. 50 au-delà de 4 kilomètres.

A la première partie de la réclamation, le Préfet objecta que l'inscription obligatoire de tous les membres de la famille, lorsque l'un d'eux serait inscrit, serait contraire

aux dispositions de l'article 13 de la loi du 15 juillet 1893, qui prescrit l'inscription nominative. (1)

Quant aux modifications dans le taux de la rémunération des médecins, en prévision de l'augmentation des charges qui seraient résultées de ce nouveau tarif, le Conseil général ajourna sa décision.

Dans sa session d'août 1896, il nomma une Commission chargée d'étudier les réclamations des médecins. La Commission se montra favorable à la substitution de l'indemnité par inscrit à l'indemnité par famille.

Ce système se conciliait mieux, en effet, avec l'esprit de la loi et il paraissait devoir en résulter une diminution du nombre des inscriptions et une économie. Avec le paiement de l'indemnité par famille, les Conseils municipaux, envisageant l'invariabilité de la somme allouée au médecin, quelque soit le nombre des membres de la famille inscrits sur les listes, étaient en effet parfois enclins à porter tous les membres de la famille, même ceux qui n'étaient pas privés de ressources. Or, si l'indemnité allouée au médecin n'était pas plus élevée pour l'inscription de familles entières, par contre, les dépenses pour médicaments se trouvaient augmentées.

De plus, dans les départements voisins, ce mode était appliqué et les prix payés étaient supérieurs à ceux que demandaient les médecins de la Somme.

La Commission proposait en outre la suppression du tarif des opérations, sauf pour les accouchements. Il en résulterait sans doute (ce qui s'est d'ailleurs produit comme nous

(1) « La liste d'assistance médicale doit comprendre nominativement tous ceux qui seront admis aux secours, lors même qu'ils sont membres d'une même famille. »

l'avons signalé plus haut), une recrudescence dans les chiffres des hospitalisations. « Mais l'augmentation, disait « le rapporteur, serait atténuée par la diminution dans les « frais de médicaments que les hospitalisés trouveront « gratuitement dans les établissements hospitaliers. »

Le Conseil général adopta, dans sa session d'avril 1897, les conclusions de la Commission spéciale et le tarif suivant fut établi :

1^o 1 franc par inscrit dans les communes où réside le médecin ;

1^o 1 fr. 50 par inscrit en dehors de la résidence du médecin, jusqu'à 4 kilomètres ;

3^o 2 francs au-delà de cette distance.

Pour les admis d'urgence, l'indemnité sera doublée.

Quels ont été les résultats financiers de cette réorganisation du service ?

Les dépenses pour l'abonnement des médecins passèrent de 42.551 francs, chiffre de 1897, à 54.589 francs en 1898 ; les dépenses pour opérations (réduites à certains cas très limités (1) passèrent de 10.995 francs à 1.850 francs. Nous verrons dans le tableau général et dans l'étude des différentes dépenses du service, la répercussion sur les autres frais. « En tenant compte, dit le Préfet, dans un rapport sur la « situation financière du département, de la diminution qui « s'est produite aussi sur les dépenses pour accouchements et « en se basant sur les chiffres exacts des différences ainsi « constatées, on aboutit à une économie de 7.347 francs qui « ressort, pour 1898, de la comparaison entre les dépenses

(1) Réduction de fracture (bras, avant-bras, jambe, cuisse) . 10 fr.
Réduction de luxation (poignet, coude, épaule, hanche) . 10 fr.
Trachéotomie 30 fr.

« totales de cette année et celles afférentes à l'année 1897 ».

Le nombre des assistés, par suite de l'inscription nominative au lieu de l'inscription par famille, tomba de 53.961 à 35.063. A la session d'avril 1898, les médecins formulèrent de nouvelles réclamations auprès du Conseil général.

Ils protestèrent tout d'abord contre cette réduction du nombre des inscriptions ; ils exposèrent que certaines communes n'avaient pas prévu de liste d'assistance, les admissions d'urgence devant y pourvoir ; pour la même raison, d'autres en avaient établi d'incomplètes ; comme conséquence de cette situation, ils prétendaient que l'indemnité à la visite, qui se chiffrait précédemment entre 0 fr. 20 et 0 fr. 50, allait, pour beaucoup de médecins, tomber à 0 fr. 10. Les craintes des médecins n'étaient pas justifiées sur ce point : en 1895, la moyenne était de 0 fr. 65 par visite ; en 1898, elle fut de 1 fr. 30 environ.

Les médecins demandaient, en outre, que l'indemnité pour soins donnés aux malades admis d'urgence, qui était seulement double de celle allouée par personne inscrite, fut cinq fois plus élevée.

Cette demande paraissait fondée. D'après les statistiques, on peut en effet constater qu'en moyenne sur quatre personnes inscrites, une seulement tombe malade ; dans ces conditions, l'indemnité par malade admis d'urgence devrait être quadruple de celle par inscrit, pour que le personnel médical y trouve le même avantage.

Ce serait là également le moyen d'éviter que les municipalités ne recourent, avec trop de facilité, aux inscriptions d'urgence pour suppléer à l'insuffisance de leurs listes. Elles n'y auraient plus en effet aucun intérêt et courraient même le risque, au cas où la moyenne des individus à soigner serait (par suite d'une épidémie, par exemple) dépassée, de

voir leurs dépenses considérablement augmentées par suite des nombreuses inscriptions d'urgence.

Les médecins demandèrent encore le rétablissement du tarif des opérations. A l'appui de cette réclamation, ils invoquaient, entre autres raisons, l'économie dans les frais d'hospitalisation qui devait en résulter. En 1897, en effet, avec l'application du tarif, le chiffre des frais d'opérations fut de 10.955 francs et celui des frais d'hospitalisation de 33.017 francs ; en 1898, il fut, pour les opérations, avec la suppression du tarif, de 1.850 francs, soit une diminution de 9.105 francs ; mais les frais d'hospitalisation, *malgré une diminution de 1.400 inscrits*, s'élevèrent à 40.338 francs, soit une augmentation de 7.321 francs. Les frais de médicaments subirent, il est vrai, une réduction de 70.369 francs à 54.333 francs, les produits pharmaceutiques, étant, en plus grande partie, fournis par les hospices. En additionnant ces différents chiffres (opérations, médicaments, hospitalisations) on constate que les frais par malade en moyenne ont augmenté de 2 fr. 11 à 2 fr. 75.

Le Conseil général ne donna qu'en partie satisfaction aux desiderata des médecins. Il décida :

1^o Qu'à partir du 1^{er} janvier 1899, l'indemnité à accorder aux médecins du service pour soins aux personnes inscrites d'urgence serait de :

- 4 francs dans la commune où réside le médecin ;
- 5 fr. 50 en dehors de la résidence jusqu'à 4 kilomètres ;
- 7 francs au-delà de cette distance.

2^o Qu'une rémunération de 10 francs serait allouée au confrère appelé par un médecin du service en qualité d'aide, pour les opérations prévues dans le tarif (1), et pour toutes

(1) Voir note, page 84.

les autres opérations non prévues au tarif qui pourraient nécessiter l'hospitalisation du malade.

Les dépenses d'honoraires des médecins pour l'abonnement s'élevèrent en 1899, pour un chiffre sensiblement égal à celui de 1898, de 54.589 francs à 59.040 francs ; les honoraires pour opérations furent de 2.090 francs.

Par une circulaire du 26 mars 1900, le Ministre de l'Intérieur invitait les Préfets à proposer aux Conseils généraux un projet de tarification pour les opérations de grande et de petite chirurgie. Le Conseil général de la Somme examina et discuta la question, mais décida de ne pas rétablir le tarif précédemment supprimé. La Commission chargée de l'étude de cette question pensait qu'une augmentation de dépenses en résulterait et invoquait les difficultés de tarification des opérations, les médecins eux-mêmes n'étant pas d'accord à ce sujet. Quelle était la valeur de ces raisons ? Le rétablissement du tarif n'eût-il pas été une mesure d'économie pour le budget de l'assistance ?

Sans doute, il en résulterait une augmentation de dépenses directe dans les frais d'opérations ; on verrait certainement reparaître, même augmentés, les chiffres d'avant 1898. Mais au fond, n'y aurait-il pas une diminution par suite de la réduction des frais d'hospitalisation et des frais de transport ?

Les statistiques sont là pour nous répondre : à partir de 1898, les frais d'hospitalisation augmentent considérablement. Les médecins ne font plus d'opérations à domicile ; certaines d'entre elles, qu'il serait facile d'exécuter dans ces conditions, exigent parfois, malgré leur peu d'importance, un séjour prolongé du malade à l'hôpital ; il y aurait certainement économie à ce que l'intervention chirurgicale eût lieu, dans ce cas, sur place et ce serait d'ailleurs répondre aux

principes de la loi en donnant la préférence au secours à domicile.

Quant à la difficulté de tarifier les diverses opérations, il n'y a pas là un argument sérieux. Un tarif avait été établi dans la Somme avant 1898 ; l'Association des Médecins en avait présenté un au Conseil général, et dans les départements voisins, comme le Nord et le Pas-de-Calais, des tarifs ont été facilement dressés et mis en vigueur.

Les dépenses de l'assistance médicale gratuite allant en s'accroissant, le Conseil général nomma en 1904 une Commission spéciale chargée d'étudier les voies et moyens de réaliser des économies, sans nuire au fonctionnement du service. Cette Commission présenta son rapport à la session d'août 1906 ; elle proposait :

- 1^o le libre choix du médecin par le malade ;
- 2^o le remplacement de l'allocation forfaitaire par tête d'inscrit par une indemnité à la visite ;
- 3^o le rétablissement d'un tarif d'opérations.

Le Conseil général adopta, en principe, ces dispositions ; toutefois, il décida qu'un essai préalable serait fait en 1907 et limita le chiffre des dépenses au montant de celles de 1905, soit 252.000 francs.

Les médecins du service adhèrent à cette disposition transitoire, proposée même par certains d'entre eux.

Le tarif à la visite, dénommé tarif *Billet*, du nom du rapporteur de la Commission spéciale, fut ainsi fixé :

Consultation au dispensaire ou au domicile du	
médecin	1 fr. »»
Visite simple	1 25
Visite urgente avec en sus l'indemnité de dépla-	
cement	1 25
Visite de nuit.	2 50

Le tarif chirurgical dit de petite chirurgie, consistait en une indemnité de 1 franc en sus du prix de consultation ou de visite.

Les interventions de grande chirurgie furent payées suivant un tarif dont nous parlerons plus loin.

L'application de ce nouveau règlement occasionna une élévation considérable des dépenses. Le nombre des inscrits était cependant demeuré sensiblement le même.

Les honoraires des médecins pour consultations et visites, plus l'indemnité de déplacement (0 fr. 25 le kilomètre aller seulement) passèrent de 64.441 francs (chiffre de 1906) à 116.883 francs ! La diminution des frais d'hospitalisation qu'on avait escomptée, en compensation du rétablissement du tarif d'opérations, ne se produisit pas. De plus, les dépenses pour opérations s'élevèrent de 2.730 francs à 9.663 francs et les frais de médicaments de 80.177 francs à 106.900 francs.

Pour ne pas dépasser le montant des dépenses de l'exercice 1905, soit 252.000 francs, il fallut réduire les mémoires des médecins de 75 %.

Certains médecins avaient exagéré systématiquement le nombre de leurs visites en prévision de la réduction probable ; la moyenne a parfois atteint 10 visites par malade. En outre, certains mémoires portent un nombre invraisemblablement élevé de visites urgentes (1). Le Préfet, dans son rapport à la session d'avril 1908, en présence de la difficulté d'exercer un contrôle en ce qui concerne ces visites d'urgence, proposait de supprimer cette distinction.

(1) Est dénommée visite urgente, dit le règlement, une visite obligeant le médecin à se rendre auprès du malade dans le plus bref délai possible, ou l'obligeant à se rendre dans une commune exclusivement pour un seul assisté.

Avec l'application du tarif *Billet*, les honoraires médicaux (en y comprenant les sommes payées aux médecins pour opérations et accouchements), donnent une moyenne de 7 fr. 23 par malade assisté. Cette moyenne, la même année, est supérieure dans 35 départements, inférieure dans 33 ; elle n'est que de 2 fr. 52 dans le département du Nord, de 4 fr. 58 dans celui du Pas-de-Calais ; elle atteint 8 fr. 09 dans la Seine-Inférieure.

Le résultat de l'expérience tentée par le Conseil général était significatif ; le nouveau système de rémunération des médecins occasionnait un énorme accroissement de dépenses.

Et cependant ceux-ci, s'inspirant peut-être de cette pensée que pour obtenir ce qu'on croit dû, il faut réclamer au-delà, augmentèrent encore leurs réclamations. Le tarif *Billet* ne leur donnait pas satisfaction ; ils demandèrent l'adoption d'un tarif plus élevé, le plus élevé des départements de France, celui de la Seine-Inférieure ainsi établi :

- 1 franc la consultation ;
- 1 fr. 50 la visite dans la résidence du médecin ;
- 2 francs la visite hors de la résidence du médecin ;
- 0 fr. 15 par kilomètre (aller) ;

Prix doublé pour les visites de nuit et 0 fr. 20 par kilomètre (aller).

Si le tarif de la Seine-Inférieure avait été appliqué dans le département de la Somme pendant l'année 1907, il eût donné les résultats suivants :

	PRIX de l'unité dans la Seine-Inférieure.	NOMBRE dans la Somme.	DÉPENSE avec le tarif de la Seine-Inférieure.	DÉPENSE avec le tarif de la Somme
	fr. c.		fr.	fr.
Consultations	1 »»	8.968	8.968	8.968
Visite au domicile du ma- lade dans la résidence du médecin	1 50	24 381	57.246	30.476
Visite au domicile du ma- lade hors de la résidence du médecin	2 »»	43.889	87.778	54 861
Visite de nuit	4 »»	437	1.748	1.092
Indemnité kilométrique .	0 15 (aller).		26 595	19 157

Avec les indemnités pour accouchements et opérations, les honoraires des médecins, suivant le tarif *Billet*, s'élevaient à 134.000 francs, soit une augmentation de 59.000 francs sur 1906 ; en appliquant le tarif de la Seine-Inférieure, les dépenses correspondantes auraient été de 180.000 francs. On a calculé qu'avec ce tarif les dépenses générales du service auraient été augmentées de 302.000 francs.

Le Conseil général, saisi des nouveaux desiderata des médecins au cours de la session d'août 1907, ne les rejeta pas *de plano* ; il se contenta d'ajourner leur examen à la session d'avril 1908, estimant qu'il ne lui était pas possible d'apprécier les résultats du nouveau règlement avant que le total des dépenses pour 1907 fût connu ; or, ce n'est généralement pas avant le mois de mars de l'année suivante que se termine l'envoi à la Préfecture de tous les mémoires de l'assistance pour l'exercice écoulé.

**Conflit entre le Syndicat des Médecins et le Conseil général
de la Somme**

Pour protester contre cet ajournement, les Médecins de la Somme, groupés en syndicat, se réunirent le 13 décembre 1907. A l'issue de la réunion, le Président du Syndicat adressa la lettre suivante au Préfet :

SYNDICAT GÉNÉRAL

des

Médecins de la Somme

Amiens, le 13 décembre 1907.

« MONSIEUR LE PRÉFET,

« Le Syndicat général des Médecins de la Somme, réuni aujourd'hui en Assemblée générale, après avoir protesté de sa ferme volonté de ne pas faire de politique et de son attachement aux institutions républicaines, a pris connaissance des discussions du Conseil général.

« Il a regretté que le Conseil général — contrairement aux conclusions du rapport de la Commission spéciale dont j'ai entendu la lecture — n'ait pas cru devoir accorder aux médecins un tarif provisoire, irréductible jusqu'au 1^{er} mai 1908. Il déplore d'autre part que les pouvoirs de M. le Préfet ne lui permettent pas de prendre un engagement formel en ce sens.

« Le tarif appliqué en 1907, et qui est réduit déjà par l'augmentation des frais de pharmacie et l'accroissement du nombre des inscrits, leur a semblé tellement inacceptable qu'ils ne peuvent continuer à assurer le service dans les conditions de fonctionnement actuel.

« Ils tiennent, s'ils font des visites gratuites, à avoir

l'honneur de leurs charités. Aussi ont-ils pris la résolution suivante, qu'à leur demande j'ai l'honneur de vous communiquer :

« A dater du 1^{er} janvier 1908, les Médecins de l'Assistance médicale cesseront, tous, leurs fonctions et n'auront plus aucun rapport avec l'Administration.

« Toutefois, jusqu'à la session d'avril du Conseil général, ils continueront gratuitement leurs soins aux malades nécessiteux.

« Je vous prie, Monsieur le Préfet, de vouloir bien voir dans cette restriction, en même temps qu'une mesure de conciliation destinée à permettre au Conseil général d'étudier les documents dont il a besoin, un acte de déférence du Corps médical envers votre personne et de reconnaissance pour la façon dont vous avez bien voulu défendre certains de ses droits.

« Veuillez agréer, etc...

« *Le Président,*

Signé : Jean BERNARD.

La cause principale du conflit provenait sans doute de la décision du Conseil général relative à l'ajournement des réclamations des médecins ; mais il existait un autre motif de mécontentement : il s'était déjà vivement manifesté à l'occasion du refus d'agrément par le Préfet de trois médecins qui s'étaient offerts à faire partie du service de l'assistance.

Le règlement départemental établi en 1894 avait décidé que, dans chaque commune, le service serait assuré par un médecin désigné par le Préfet.

Le Conseil général modifia ce règlement en 1906 ; il adopta le système du libre choix du médecin par l'assisté et décida, en conséquence, « que tous les médecins et sages-femmes qui
« auront adhéré au règlement pourront être appelés à donner

« leurs soins aux assistés de la Somme, au choix de ces derniers. »

Pour certaines considérations, dans lesquelles il nous est difficile d'entrer, le Préfet crut devoir surseoir à l'inscription sur la liste de trois médecins. Le Syndicat protesta et exprima, auprès du Conseil général, à sa session d'avril 1907, le désir que tous les médecins sans exception fissent partie du service de l'assistance médicale gratuite.

Le Conseil général ajourna l'étude d'une modification à apporter, en ce sens, au règlement, à sa session d'août, et décida que « la liste des médecins ayant adhéré au règlement » serait dressée par le Préfet ; les médecins qui n'y seraient pas inscrits pourraient se pourvoir devant une Commission de contrôle pour obtenir cette inscription. » Cette Commission était composée de dix Conseillers généraux et d'un médecin désigné par ses confrères de l'assistance.

Quelle était l'utilité de cette disposition qui restreignait la liberté pour tous les médecins de faire partie du service de l'assistance ?

La question fut l'objet d'un intéressant débat tant à l'assemblée départementale que dans la Presse.

Le droit du Préfet était-il conforme au texte et à l'esprit de la loi ? Le journal *Les Débats* disait : « La liberté veut sans doute que les malades puissent choisir leur médecin, mais elle ne permet pas qu'ils puissent choisir un médecin réactionnaire, parce que les réactionnaires sont les ennemis de la liberté. Qu'à cela ne tienne ! M. le Préfet prendra un arrêté et on y lira ces mots : *médecins agréés par le Préfet*. Il est vrai qu'ils ne sont pas dans la loi, mais, de même que les Ministres dénoncent les *défaillances de la Justice*, les Préfets ne sont-ils pas là pour réparer les *défaillances de la Législation* ? »

A cette critique, le Préfet répondait en ces termes devant l'Assemblée départementale :

« Ai-je violé la loi ?

« Deux systèmes sont actuellement en vigueur. Dans l'un, « les malades ont la liberté absolue, sans restriction, de « choisir leur médecin — c'est celui dont on demande « l'application ; — il y en a un autre aux termes duquel les « médecins sont nommés par le Préfet ; c'est la loi elle-même « qui consacre cette faculté, et il me suffit à cet égard de « constater que, dans nombre de départements, ce dernier « système est appliqué. Par conséquent, lorsqu'on m'accuse « d'avoir violé la loi, on commet une erreur. » (Séance du 11 avril 1907.)

Au cours de la même séance, le Préfet montrait l'utilité de ce droit que, d'ailleurs il ne revendiquait pas, à raison des difficultés dont il serait pour lui la cause : « C'est, disait-il, « un cadeau que je n'ambitionnais pas. . . .

« Comme vous tous, Messieurs, j'ai rendu hommage « à diverses reprises, au dévouement du Corps médical ; « je le fais encore en ce moment. Sans doute, l'appel à la « conscience des médecins que faisait M. Dutilloy, a été « entendu, mais les médecins sont des hommes, ils ne sont « pas exempts des faiblesses humaines. Or, je ne pense pas « froisser la corporation médicale, ni aucun médecin en « particulier, en disant — je prends une hypothèse au hasard « — qu'il peut arriver qu'un médecin — comme un préfet, « si vous voulez — ne soit pas d'une sobriété excessive ; « n'y a-t-il pas un devoir qui s'impose à vous ? N'avons-nous « pas la charge de veiller aux conditions dans lesquelles « seront donnés les soins aux malades ?

« Je prends un autre exemple. Les médecins ne sont pas « exempts non plus de la vieillesse ; certaines personnes

« conservent leurs facultés intellectuelles jusqu'aux extrêmes
« limites de l'existence, d'autres les perdent à un certain
« âge ; n'avons-nous pas le devoir de nous préoccuper de
« cette situation et de dire que nous ne pouvons pas agréer
« tel médecin parce qu'il est atteint de débilité sénile ? Je
« pense que c'est là un des devoirs de notre charge, et, sans
« émettre d'opinion sur le fond de la question, je puis dire
« que je suis d'autant plus fondé à penser que le Conseil
« général n'avait pas pu admettre les médecins sans restric-
« tion, sans réserve, sans examen, qu'il pouvait y avoir des
« raisons exceptionnelles d'en écarter. Ceux que j'ai écartés
« — c'était bien à titre exceptionnel — sont au nombre de
« trois ; j'ai dit que c'était pour des raisons qui n'ont aucun
« rapport avec les considérations que je viens d'indiquer. »

Si l'Administration préfectorale faisait la preuve qu'elle n'avait violé ni la loi, ni le règlement du Conseil général, elle n'entendait pas cependant émettre la prétention de pouvoir refuser arbitrairement, *ad nutum*, l'inscription des médecins sur la liste de l'assistance ; et, après avoir fait ressortir que l'admission sans réserve de tous les médecins indistinctement n'était pas sans présenter des inconvénients, le Préfet ouvrait volontiers la porte à une revision du règlement. Il se bornait à demander qu'au lieu de procéder à un remaniement immédiat, la question fût renvoyée à la Commission, laquelle, disait-il, tenant compte des observations qui seront présentées, pourrait arrêter une nouvelle formule. C'est à cette procédure que s'arrêtait le Conseil général en adoptant la motion formulée par M. Klotz dans les termes suivants :

« Le Conseil général prend en considération les desiderata
« formulés par le Syndicat des Médecins de la Somme, invite
« la Commission spéciale de l'assistance médicale à les exami-

« ner, ainsi que toutes autres modifications au règlement et
« à déposer un rapport spécial à la session d'août. »

La question se représenta, en effet, à la session d'août, et, après une nouvelle discussion, le Conseil général adoptait les deux conclusions suivantes :

1^o La liste des médecins du service ayant adhéré au règlement sera dressée par le Préfet ; les médecins qui n'y seraient pas inscrits pourront se pourvoir devant la Commission de contrôle pour obtenir cette inscription ; la décision de cette Commission devra intervenir dans le délai d'un mois ;

2^o Le chiffre des membres de la Commission sera ainsi modifié : dix Conseillers généraux (au lieu de huit) seront désignés pour cette Commission ; il y sera adjoint un médecin désigné par ses confrères de l'assistance médicale.

C'était, à cet égard, la solution du conflit. La faculté pour les médecins non inscrits sur la liste de se pourvoir devant la Commission de contrôle, à laquelle était adjoint un médecin désigné par ses confrères de l'assistance, donnait satisfaction à tous les intéressés, et, sur ce point, ainsi que le faisait remarquer le Préfet, l'accord était complet entre lui, la Commission, le Conseil général et le Syndicat des Médecins.

Dès la session d'avril, les médecins obtenaient implicitement, sur la question de leur admission au service, une satisfaction qui devait devenir définitive à la session d'août.

Restait la question des honoraires ; nous allons l'examiner.

Le Conseil général en ayant ajourné l'examen au cours de cette même session d'août 1907, le Syndicat des Médecins adressait au Préfet, à la date du 13 décembre, la lettre dont nous avons publié le texte ci-dessus. Le Président informait le Préfet qu'à partir du 1^{er} janvier 1908, les Médecins de

l'Assistance cesseraient tout rapport avec l'Administration préfectorale.

C'était là une détermination très grave ; sa mise à exécution était de nature à désorganiser complètement le service de médecine gratuite.

L'Administration préfectorale ne pouvait attendre, pour prendre des mesures, la prochaine réunion du Conseil général.

Le Préfet souleva immédiatement une question de droit qui se posait pour la première fois : celle de la légalité de la mesure concertée par les médecins réunis en syndicat. Il répondit en ces termes, à la date du 17 décembre, à la communication du Président du Syndicat :

CABINET

du

Préfet de la Somme

Amiens, le 17 décembre 1910.

—x—

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre
« du 13 courant, par laquelle vous me faites connaître
« notamment que le Syndicat général des Médecins de la
« Somme a pris une résolution ainsi conçue :

« A dater du 1^{er} janvier 1909, les Médecins de l'Assistance
« médicale cesseront tous leurs fonctions et n'auront plus
« aucun rapport direct avec l'Administration. »

« Cette résolution me paraît avoir été prise en violation
« formelle des dispositions de l'article 13 de la loi du 30 no-
« vembre 1892, aux termes duquel les associations syndicales
« de médecins ne peuvent se constituer que « pour la défense
« de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes per-
« sonnes autres que l'Etat, les Départements et les Com-
« munes. »

« Je vous laisse, Monsieur le Président, le soin d'apprécier
« s'il ne conviendrait pas d'appeler l'attention des membres
« du Syndicat sur ce texte dont ils ont pu ne pas envisager
« la portée.

« Pour répondre aux sentiments de conciliation dont vous
« avez bien voulu, dans votre lettre, vous faire l'interprète
« auprès de mon administration, j'attendrai jusqu'au
« 28 décembre avant de provoquer, s'il y a lieu, les sanctions
« destinées à assurer le respect de la loi et le fonctionnement
« du service public de l'Assistance médicale gratuite.

« Agréez, Monsieur le Président, l'assurance de ma consi-
« dération la plus distinguée.

« *Le Préfet,*

« Signé : H. BOUFFARD. »

L'objection formulée par le Préfet avait une portée dont l'importance ne fut pas sans impressionner les médecins syndiqués ; la lettre préfectorale était en effet grosse de conséquences, puisque, en persistant dans son attitude, le Bureau du Syndicat s'exposait à des poursuites correctionnelles.

Le Président adressa immédiatement au Préfet la lettre ci-dessous :

SYNDICAT GÉNÉRAL
des
Médecins de la Somme

Amiens, le 17 décembre 1907.

« MONSIEUR LE PRÉFET,

« En réponse à votre lettre en date de ce jour, j'ai
« l'honneur de vous faire remarquer respectueusement que

« la décision de cesser leurs fonctions de médecins de l'Assistance médicale n'est pas le résultat d'une action syndicale.

« Elle résulte de la lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser le 9 août 1907, au nom des médecins syndiqués ou non syndiqués, qui s'étaient réunis pour étudier la situation créée par le dernier règlement du Conseil général.

« C'est en vertu d'une délégation spéciale et non seulement comme Président du Syndicat des Médecins que je me suis fait leur interprète.

« Veuillez agréer, Monsieur le Préfet, l'expression de mes sentiments respectueux.

« J. BERNARD. »

Cette lettre ne modifiait en rien l'état de choses résultant juridiquement de la décision du Syndicat et la distinction faite par le Président était inadmissible. Le Préfet estima qu'au point où en étaient les choses, toute hésitation de sa part pourrait être interprétée comme un acte de faiblesse de nature à encourager les résistances des syndiqués ; à la date du 28 décembre, il porta les faits à la connaissance du Procureur général : « J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien examiner, écrivit-il, si, comme je le pense, la résolution prise par le Syndicat tombe sous le coup de l'article 13 de la loi du 30 novembre 1892. »

Cet article 13, de la loi sur l'exercice de la médecine, est ainsi conçu :

« A partir de l'application de la présente loi, les médecins, chirurgiens, dentistes et sages-femmes jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884, pour la défense de leurs intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les Départements et les Communes. »

Les termes de la loi étaient formels ; les médecins, comprenant qu'ils s'étaient imprudemment engagés dans une voie dangereuse, consultèrent M. Millerand. Sur les conseils de l'éminent jurisconsulte, le Syndicat général des Médecins de la Somme prononça sa dissolution le 29 janvier 1908 et se transforma en *Union professionnelle*, sous le bénéfice de la loi de 1901 ; le Président en avisa le Préfet et lui demanda de considérer comme non avenues les lettres qu'il lui avait antérieurement fait parvenir. La procédure pénale commencée fut alors suspendue.

En même temps qu'il opposait à la prétention syndicale un obstacle juridique qui ne fut pas franchi, le Préfet prenait des mesures en vue d'éviter que la décision des médecins ne préjudiciât aux malades de l'assistance.

Il adressa des instructions aux maires pour les inviter à viser les ordonnances des médecins et les certificats d'hospitalisation non établis suivant les formes réglementaires, afin de donner à ces pièces un caractère officiel permettant d'assurer la remise des médicaments et d'effectuer les placements hospitaliers au compte du service de l'Assistance médicale gratuite (1). Certains médecins ayant, pour entraver le service, refusé de délivrer les certificats attestant la nécessité d'hospitalisation, le Préfet autorisa les médecins des hôpitaux, en tant que de besoin, à rédiger ces certificats.

D'autres praticiens prescrivaient des médicaments non portés au tarif ou en quantité supérieure au maximum fixé. « Les produits pharmaceutiques, écrivit alors le Préfet aux pharmaciens du service, ne peuvent être délivrés que dans

(1) Circulaire préfectorale du 28 décembre 1907.

« les conditions limitativement arrêtées par le Conseil
« général. Il y a donc lieu d'exclure tout produit non men-
« tionné au tarif réglementaire, notamment les spécialités
« et les eaux minérales. »

Ces mesures, à la fois énergiques et opportunes, eurent pour effet de paralyser la résistance des militants du Syndicat ; leur nombre alla en diminuant pendant que croissait celui des praticiens offrant à l'Administration préfectorale leur concours pour le fonctionnement du service.

On atteignit ainsi, sans que les malades indigents eussent à souffrir de la *grève des médecins*, la session du Conseil général d'avril 1908. C'est à cette assemblée qu'il allait appartenir de décider, en présence des résultats donnés par l'essai du nouveau règlement, s'il convenait de maintenir le tarif arrêté en principe en août 1906, ou de le modifier, et d'examiner s'il y avait lieu de donner satisfaction aux desiderata du Syndicat des Médecins.

Le Conseil général prit les dispositions suivantes en ce qui concerne la désignation des médecins et leurs honoraires :

1^o La liste des médecins, sages-femmes et pharmaciens du service ayant adhéré au règlement sera dressée par le Préfet. Les médecins, sages-femmes et pharmaciens qui n'y seraient pas inscrits pourront se pourvoir devant la Commission de contrôle ;

2^o Le libre choix du médecin est maintenu ;

L'assisté doit faire connaître son choix au début de l'année et sa décision ne peut être modifiée au cours de cette même année ;

3^o Le Conseil général revient, malgré les protestations des médecins, au système de l'abonnement par tête d'inscrit ;

il relève les prix de 1897 dans les proportions que nous indique le tableau ci-dessous :

A. — INSCRITS ORDINAIRES.

PRIX ÉTABLIS EN 1897.	PRIX ÉTABLIS EN 1908.
1 fr. » » par inscrit dans les communes où réside le médecin ;	1 fr. 50 par inscrit dans les communes où réside le médecin ;
1 fr. 50 en dehors de la résidence du médecin, jusqu'à 4 kilomètres ;	2 fr. 50 en dehors de la résidence du médecin jusqu'à 4 kilomètres.
2 fr. » » au-delà de cette distance.	3 fr. » » au-delà de cette distance.

B. — INSCRITS D'URGENCE.

Prix ci-dessus doublés.	6 fr. » » dans la commune où réside le médecin ;
	7 fr. » » en dehors de la résidence du médecin jusqu'à 4 kilomètres.
	8 fr. » » au-delà de cette distance.

Pour concilier les système du libre choix avec l'économie des finances de l'Assistance, le nouveau règlement fit la restriction suivante :

« Lorsque le choix du malade se sera porté sur un médecin plus éloigné, ce dernier, s'il accepte, sera rémunéré au tarif le plus réduit qui pourrait être appliqué. »

C'était là prévenir, de la part des indigents, des exigences qui auraient vraiment trop surchargé le budget de l'Assistance. Quelque désir que l'on ait de pousser le plus loin possible l'assimilation du malade assisté au malade payant, il est néanmoins des cas où la volonté individuelle de l'assisté

doit céder devant l'intérêt général ; et c'est de cet intérêt général que les assemblées départementales, qui représentent l'ensemble des contribuables, doivent s'inspirer.

Ces nouvelles dispositions furent immédiatement appliquées pour le temps qui restait à courir de l'année 1908, à partir du 1^{er} mai.

Le Conseil général décida en outre que les médecins qui avaient bien voulu, malgré les instances du Syndicat, continuer à assurer le service, après le 1^{er} janvier 1908, seraient, pour leurs soins donnés pendant les quatre premiers mois de l'année, payés suivant le tarif à la visite établi en 1906. « Quant aux autres, disait, non sans ironie, le Préfet, « ils ont déclaré qu'ils ne voulaient rien ; ils ont fait un « beau geste : nous leur en laissons le bénéfice. »

Les honoraires des médecins s'élevèrent, en 1908, tant pour ceux qui furent ainsi rétribués que pour ceux qui furent payés avec le nouveau tarif à l'abonnement, à la somme totale de 86.165 francs. Dans cette somme rentraient les frais d'accouchement et d'opérations effectuées par les médecins ; ces frais ne furent pas, cette année, comme les précédentes, séparés de ceux occasionnés par les visites ou par l'abonnement.

Le montant global des honoraires des médecins se chiffra, en 1909, par 106.493 francs ; la moyenne des frais médicaux, qui était en 1906 de 4 fr. 44 par malade soigné, passa, en 1909, à 4 fr. 67.

§ II. — Dépenses de Médicaments et d'Appareils

Les médicaments et appareils sont gratuitement délivrés aux assistés par les pharmaciens du service sur le vu des ordonnances des médecins.

En conformité du règlement de 1894, les pharmaciens furent nommés, ainsi que nous l'avons dit, par le Préfet. En 1896, le Conseil général décida qu'ils seraient simplement agréés par lui.

Les malades ont le libre choix du pharmacien parmi ceux qui sont ainsi désignés.

Les médicaments et appareils sont payés suivant des prix fixés par un tarif établi par le Préfet, après avis du Conseil général. Les pharmaciens ne peuvent délivrer que ceux prévus à ce tarif. La quantité de certains produits, comme les sirops et vins médicamenteux, est limitée. Les appareils spéciaux non mentionnés ne peuvent être fournis aux malades qu'avec l'autorisation du Préfet ; un certificat du médecin, spécifiant la nature de l'affection, doit être joint à l'appui de la demande.

Le montant des mémoires des pharmaciens s'éleva, en 1895, à 53.067 francs pour 13.126 malades soignés à domicile, soit une dépense moyenne de 4 fr. 04 pour chacun.

Cette dépense parut excessive au Conseil général ; il pensa que des abus devaient se produire et mit à l'étude la question de revision du tarif dont certains prix semblaient trop élevés. En 1897, il constata que les dépenses avaient subi une augmentation (66.178 francs en 1896) qui n'était pas en proportion avec celle du nombre des malades soignés (13.794) ; pour y remédier, il décida la suppression de certaines catégories de produits pharmaceutiques, tels que les

sirops et vins médicamenteux. Certains médecins avaient pris l'habitude de prescrire fréquemment ces produits, qui ont plutôt des qualités nutritives et toniques que médicamenteuses et curatives.

Les dépenses qui, pour l'année 1897, étaient de 70.369 francs pour 21.333 malades, tombèrent l'année suivante à 54.333 francs pour 17.475 malades ; la moyenne par malade n'avait pas sensiblement changé : de 3 fr. 30 elle était passée à 3 fr. 10. La cause de la diminution de la dépense totale est due à la suppression du tarif d'opérations, décidée cette même année : un plus grand nombre de malades furent hospitalisés, d'où diminution dans le nombre de ceux soignés à domicile et, par suite, diminution dans les frais de médicaments.

Les années suivantes, les dépenses s'accrurent rapidement.

Si nous comparons la moyenne de la dépense par *inscrit* (chiffres donnés par le Ministère) avec celle de certains départements voisins, nous constatons néanmoins qu'elle est plus faible dans la Somme ; en 1897, elle est dans ce département de 1 fr. 70 ; dans l'Oise de 3 fr. 17 ; dans la Seine-Inférieure de 3 fr. 40 ; dans le Pas-de-Calais de 1 fr. 90.

Mais en 1902, elle a presque doublé dans notre département, où elle atteint 2 fr. 24. Le Préfet adressa une circulaire aux médecins et aux pharmaciens pour signaler à leur attention cette augmentation et faire appel à leur concours pour ménager les finances publiques. Cette circulaire ne paraît pas avoir été efficace : les dépenses pharmaceutiques et d'appareils, qui étaient en 1902 de 84.930 francs pour 19.677 malades, tombèrent bien en 1903 à 80.322 francs, mais pour 17.933 malades, au lieu de 19.677, ce qui donne par malade, en 1903, une dépense plus élevée encore qu'en 1902.

En 1903, le tarif fut révisé. Les prix de certains médicaments à base d'alcool furent relevés ; ceux de certains autres produits furent diminués et des médicaments nouveaux furent ajoutés au tarif. Les pharmaciens avaient annoncé que ces modifications allaient amener une économie ; ils s'étaient montrés trop optimistes : leurs mémoires, qui se chiffraient par 79.208 francs en 1903, atteignirent 84.708 fr. en 1908 — et cependant le nombre des malades soignés était resté sensiblement égal : il avait même un peu diminué.

En 1904, le tarif fut à nouveau remanié et le Conseil général décida de fixer une quantité maxima pour la délivrance de chaque produit.

La plus forte augmentation des frais pharmaceutiques se produisit de 1906 à 1907 ; ils s'élevèrent de 80.177 francs à 106.900 francs ; la moyenne par malade passa de 4 fr. 77 à 5 fr. 88.

Quelles étaient les causes de cet accroissement ?

C'est à partir de cette année 1907 que le libre choix du médecin fut donné aux assistés. Or, on constate que le malade, qui n'a rien à payer, s'adresse de préférence au médecin qui lui prescrit les médicaments les plus nombreux et les plus coûteux : par suite de la concurrence qui se produit alors entre les médecins, les dépenses de médicaments vont se trouver augmentées (1).

Il est à remarquer que les jeunes médecins, dans le but de

(1) *Progrès de la Somme*, 10 avril 1908. « Il y a du « coulage », c'est incontestable. L'une des causes, nous l'avons dit, est le libre choix du médecin. Les mercantis de la médecine ne reculent devant aucune obsession, devant aucune manœuvre pour se faire agréer. Des marchés inavouables interviennent trop souvent, et l'accord d'un praticien malhonnête et d'un client trop facile finit par coûter cher aux contribuables. »

recruter ainsi une clientèle aux dépens des anciens, prescrivent des médicaments dans une bien plus forte proportion que ceux-ci ; ils recourent de préférence à des produits nouveaux, toujours plus chers que ceux passés depuis longtemps dans la thérapeutique médicale, ou à des spécialités, bien qu'elles soient interdites (1).

Les exemples de ces abus sont nombreux dans le département de la Somme.

Un jeune médecin, signalait le contrôleur du service de l'assistance, prescrivait 300 grammes de teinture de kola-quina-coca à une dose de 40 gouttes par jour, ce qui représentait 150 jours de traitement, soit cinq mois ! Le même, pour un seul malade, avait ordonné en trois mois, de quoi préparer 60 litres de tisane. Un autre ordonnait souvent de la poudre dentifrice par 300 grammes. Pour un troisième, le montant de 102 ordonnances s'élevait à 568 fr. 30.

On est frappé parfois de la quantité de certains médicaments et de la fréquence avec laquelle ils sont donnés : l'huile de foie de morue et le baume de tolu, par exemple. Les indigents emploient le premier produit pour alimenter leurs lampes — fait constaté également dans d'autres départements — ou pour graisser leurs chaussures. En Corse, l'huile de foie de morue sert à l'engraissement des pourceaux ! Le baume de tolu est utilisé pour sucrer le café.

(1) *Progrès de la Somme*, 2 février 1908. « D'aucuns, pour s'éviter la peine de formuler, ou pour une cause moins avouable, ne craignent pas de recourir aux drogues de charlatans, naturellement très coûteuses, puisqu'il faut payer l'énorme et retentissante réclame. Blâmable avec la clientèle aisée, l'emploi des spécialités doit être rigoureusement proscrit dans l'assistance gratuite. »

Lorsque les médecins prescrivent des spécialités ou des produits de luxe, il arrive parfois que le pharmacien ne fait pas de difficulté pour les délivrer ; mais, pour se couvrir de cette dépense, ces produits n'étant pas portés au tarif, il demande au médecin d'inscrire sur son ordonnance d'autres médicaments, prévus au tarif, pour une valeur équivalente. Il y a là une véritable supercherie entraînant pour le budget de l'assistance une élévation de dépenses.

Un médecin prescrit, par exemple, à un malade, un flacon d'Emulsion Scott ; c'est une huile de foie de morue émulsionnée aux hyperphosphites ; son prix est de 4 fr. 50. Si le même médecin avait ordonné un demi-litre d'huile de foie de morue, la dépense n'eut été que de 1 franc, c'est-à-dire de moins du quart de celle effectuée.

Pour obtenir la délivrance d'une certaine quantité de poudre minérale évaluée à 1 fr. 50, ce produit n'étant pas compris dans le tarif, le médecin prescrit un demi-litre de kina et 10 paquets d'antipyrine, produits prévus au tarif — mais dont le montant est de 2 fr. 90. Le pharmacien donne la poudre minérale demandée (1 fr. 50) et réclame le montant des produits inscrits sur l'ordonnance (2 fr. 90).

Il est très difficile de lutter contre cet état d'esprit des médecins et de découvrir, malgré le service de contrôle organisé depuis 1910, ces irrégularités.

De leur côté, les sages-femmes contribuent aussi à l'accroissement des dépenses pharmaceutiques par l'irrégularité suivante : elles rédigent souvent des ordonnances comportant des produits autres que ceux que la loi sur l'exercice de la médecine les autorise à prescrire (1).

(1) Loi du 30 novembre 1892. Art. 4.

Il serait désirable que le Préfet, lorsque des faits comme ceux dont nous venons de donner des exemples auront pu être relevés contre des médecins ou des sages-femmes, prononçât leur exclusion du service de l'assistance. Autant il faut rendre hommage au dévouement et au désintéressement dont fait preuve en général le corps médical, autant il est nécessaire de prendre les plus sévères mesures contre les praticiens qui cherchent à se faire une clientèle par de tels procédés.

L'augmentation des dépenses qui résulte de l'adoption du libre choix, a maintes fois été signalée dans les rapports au Conseil supérieur de l'assistance. Ainsi, dans la Haute-Saône, où ce système fut appliqué en 1899, les dépenses des médicaments et appareils s'élevèrent de 9.403 francs pour 1.533 malades soignés à domicile en 1898, à 14.812 francs pour 1.641 malades ; dans l'Ille-et-Vilaine, elles augmentèrent, la même année, par suite du libre choix, de 36.549 francs à 43.883 francs, et cependant le nombre des malades soignés avait diminué de 2.000.

En présence de tels résultats, conviendrait-il d'abandonner le libre choix ? Nous ne le pensons pas.

Avec un contrôle sur pièces et sur place tel qu'il vient d'être établi dans la Somme, avec des sanctions énergiques lorsqu'on se trouvera en présence d'irrégularités, nous sommes convaincus que les abus inhérents à ce système diminueront singulièrement et que, dans ces conditions, il est préférable de le maintenir.

§ III. — Dépenses d'opérations

La loi de 1893 ayant décidé que le secours à domicile serait le mode normal d'assistance, il était avantageux, tant au point de vue moral qu'au point de vue financier, que certaines opérations simples, ne nécessitant pas l'envoi du malade à l'hôpital, fussent faites à domicile par les médecins du service.

Alors qu'en moyenne la dépense nécessitée pour un assisté est, en 1902 par exemple, pour la France en général, de 12 francs, celle qui est causée par les soins hospitaliers est de 88 fr. 55, c'est-à-dire qu'un hospitalisé coûte en moyenne autant que sept malades secourus à domicile.

NOMENCLATURE DES OPÉRATIONS.	HONORAIRES.
1° Amputations (selon le siège de la lésion) . . .	20 à 50 fr.
2° Cathétérisme de l'urètre chez l'homme . . .	5 fr.
3° Réduction de hernie par le taxis, sans opération.	5 fr.
4° Kélotomie	30 fr.
5° Réduction de fracture et premier appareil (quelle que soit la nature de la fracture)	50 fr.
6° Réduction de luxation et premier appareil (quelle que soit la nature de luxation)	30 fr.
7° Paracentèse abdominale	10 fr.
8° Thoracentèse	20 fr.
9° Trachéotomie	50 fr.
10° Tamponnement hémostatique (selon la gravité du cas)	10 à 20 fr.
11° Ligatures d'artères	20 fr.
12° Autres opérations non prévues mais absolument urgentes (selon la gravité du cas)	10 à 20 fr.

Mais il eût été excessif de faire rentrer les opérations dans le prix de l'abonnement. Aussi, le Conseil général décida-t-il, lors de la discussion du règlement, qu'un tarif pour les opérations chirurgicales serait dressé par le Préfet. En conformité de cette décision, fut pris, à la date du 18 décembre 1894, l'arrêté suivant :

Article Premier. — Un tarif des opérations chirurgicales pratiquées à domicile pour le service de l'Assistance médicale gratuite, est établi comme il est indiqué au tableau précédent.

Article 2. — En outre de ces honoraires, il sera alloué une indemnité supplémentaire de 15 francs chaque fois qu'on aura dû pratiquer l'anesthésie générale.

Article 3. — Lorsqu'il sera urgent, pour une opération grave, d'appeler un autre médecin, il sera alloué à ce médecin une indemnité égale à celle fixée pour l'opération, sans toutefois que cette indemnité puisse dépasser 30 francs.

Article 4. — Lorsque le médecin du service d'assistance ne pourra pratiquer lui-même une opération reconnue nécessaire et se trouvera obligé d'avoir recours à un chirurgien, il ne touchera que l'indemnité allouée au médecin assistant, mais dans le cas seulement où son aide aurait été jugée nécessaire par le chirurgien appelé.

Nous renvoyons au tableau général des dépenses publié page 119 pour les renseignements sur les dépenses occasionnées par l'application de ce tarif. En 1897, le tarif pour opérations fut supprimé. Le Conseil général pensait, comme nous l'avons dit, réaliser par là une économie. Les dépenses pour opérations, qui se chiffraient à près de 11.000 francs pour 1897, tombèrent à 1.850 francs en 1898. Mais l'augmentation dans les frais d'hospitalisation dépassa l'économie

sur ces frais d'opérations. Ceux-ci s'accrurent, en effet, de 7.000 francs.

Les dépenses de médicaments subirent une diminution de 16.000 francs.

Il faut, d'autre part, tenir compte de ce que le nombre des inscrits s'était, en même temps, abaissé de 54.000 à 35.000.

Il est, dans ces conditions, difficile de tirer une conclusion sur la répercussion financière de la suppression du tarif d'opérations.

Les médecins, à plusieurs reprises, demandèrent son rétablissement.

« Nous croyons, disait un Conseiller général médecin, « que le rétablissement du tarif d'opérations n'entraînera « aucune dépense pour le département, et en revanche, nous « aurons l'avantage de laisser les malades soignés chez eux, « ce qui a une certaine importance, car vous savez qu'en « général, les habitants des campagnes répugnent à aller « dans les hôpitaux. En outre, nous décentraliserons un « peu la science ; ce ne seront plus quelques praticiens seulement qui pourront opérer dans les deux ou trois grands « centres du département, mais tous les médecins de campagne feront les opérations usuelles, étant bien entendu « qu'ils auront la faculté, dans les cas difficiles, d'envoyer « leurs malades dans les hôpitaux. Enfin, nous donnerons « satisfaction à ce desideratum si souvent formulé de « substituer les secours à domicile aux secours dans les « hôpitaux. »

En 1906, lorsque le Conseil général décida, à titre d'essai, l'application du paiement à la visite, il céda aux sollicitations des médecins et établit un tarif pour opérations chirurgicales divisé en deux parties :

1^o Les opérations de petite chirurgie. Elles comprenaient, par exemple, les pansements, l'ouverture d'abcès, l'extraction des dents, les sutures de plaies, le cathétérisme simple, les saignées, etc...

2^o Les opérations de grande chirurgie.

Leur tarif était ainsi fixé :

Amputation d'un doigt.	5 fr.
— du bras ou de la jambe	40 fr.
Réduction de fracture du fémur avec application d'appareils	50 fr.
Réduction de l'humérus, des os de l'avant-bras, du tibia, rotule	30 fr.
Réduction du péroné, des côtes, de la clavicule.	10 fr.
— de luxation d'un membre avec application d'appareil	20 fr.
Application d'appareils inamovibles.	5 fr.
Anesthésie générale	15 fr.
Cathétérisme suivi de lavage de la vessie.	5 fr.
Hernie étranglée (réduction)	5 fr.
— (opération)	30 fr.
Hydrocèle (ponction et injection)	5 fr.
Phymosis ou paraphymosis.	5 fr.
Accouchement ordinaire (indemnité de déplacement en plus).	10 fr.
Accouchement laborieux (forceps ou version).	20 fr.
Délivrance artificielle	10 fr.

Lorsqu'il sera urgent, pour une opération grave, d'appeler un autre médecin, il sera alloué à ce médecin une indemnité égale à celle fixée pour l'opération, sans toutefois que cette indemnité puisse dépasser 30 francs.

Toutes les interventions ou opérations non prévues au présent tarif seront l'objet d'une note explicative de la part du médecin opérateur et le prix en sera fixé par le Préfet, après l'avis de la Commission de contrôle. Il pourra en être de même pour celles prévues, mais qui se seront produites dans des circonstances aggravantes.

A chaque intervention chirurgicale, le médecin et la sage-femme *devront inscrire*, sur la feuille de maladie, le prix attribué à l'opération ou le prix demandé si l'opération n'est pas portée au tarif.

Les sommes à payer aux médecins pour opérations qui, en 1906, avaient été de 2.730 francs furent, avec l'application de ce nouveau tarif, de 9.663 francs (1).

Celles de médicaments s'élevèrent de 80.177 francs à 106.896 francs et celles d'hospitalisation ne diminuèrent que de 1.000 francs. Le nombre des inscrits n'avait pas varié.

Le résultat de cette expérience était donc concluant.

Cependant, en 1908, le Conseil général décida le maintien du tarif. Il accordait par là aux médecins une sorte de compensation au rétablissement du paiement des honoraires à l'abonnement par tête d'inscrit, système auquel il était revenu après l'expérience de 1907. Il répondait, en même temps, à l'esprit de la loi en donnant le secours à domicile à des indigents pour lesquels la nature de l'opération ne justifierait pas l'envoi à l'hôpital.

Toutefois, il fut décidé que, en raison du rétablissement du tarif forfaitaire, les frais de déplacement prévus en

(1) Nous rappelons que cette somme de 9.663 francs ne fut pas intégralement payée aux médecins en 1907. Par suite de la limitation des dépenses au total de celles de 1906, les honoraires médicaux furent, comme nous l'avons exposé, réduits au quart.

plus pour les accouchements et l'indemnité de consultation ou de visite ajoutée au prix des opérations de petite chirurgie, ne seraient plus payés.

Nous ne sommes pas à même de connaître les conséquences financières de cette nouvelle réglementation pour l'année 1909, les sommes payées pour opérations n'ayant pas encore été séparées de celles s'appliquant aux honoraires des médecins.

**§ IV. — Honoraires des Sages-Femmes et dépenses
d'accouchements**

L'article 1^{er} de la loi du 15 juillet 1893 avait assimilé, au point de vue de la délivrance des secours gratuits, les femmes en couches à des malades (1).

Néanmoins, en présence de l'opération à pratiquer en pareil cas, le Conseil général décida, dans son règlement, d'allouer, en outre des honoraires d'abonnement, une somme de 10 francs aux médecins pour chaque accouchement. La même rémunération était accordée aux sages-femmes.

C'est à peu près la moyenne des prix payés par les autres départements.

Pour ces dépenses, qui n'ont donné lieu à aucune observation particulière, nous renvoyons au tableau général ci-après.

En 1897, le Conseil général décida que l'indemnité serait doublée lorsqu'il y aurait lieu à application des forceps ou à version.

Ces prix furent maintenus en 1907, augmentés cependant des indemnités pour frais de déplacement (0 fr. 25 par kilomètre parcouru à l'aller seulement). Aucune modification n'y fut apportée en 1908.

D'après le règlement, les sages-femmes du service furent désignées par le Préfet.

Les femmes en couches avaient néanmoins la faculté de s'adresser au médecin de l'assistance.

(1) « Ce sera l'étonnement de nos arrière-neveux que pendant si longtemps les mœurs et les lois aient laissé les femmes sans défense et sans protection en pleine crise de grossesse et de maternité. » (Paul STRAUSS. — *L'Enfance malheureuse*, 1896, p. 47.)

Lorsque la sage-femme se trouve en présence d'une opération que la loi lui interdit de faire, le médecin de l'assistance est appelé, et le Préfet, dans ces cas très rares, apprécie s'il y a lieu de rémunérer à la fois la sage-femme et le médecin.

En 1906, les assistés eurent, pour les sages-femmes, comme pour les médecins, le libre choix. En 1908, il fut décidé pour les sages-femmes également que celles qui, ayant adhéré au règlement, ne seraient pas portées sur la liste dressée par le Préfet pourraient se pourvoir devant la Commission de contrôle pour obtenir cette inscription.

Tableau général des dépenses de l'Assistance à domicile

ANNÉES.	HONORAIRES DES MÉDECINS.			HONO- RAIRES des sages- femmes.	MÉDICA- MENTS et APPAREILS.	TOTAL des DÉPENSES de l'assistance à domicile.	NOMBRE de MALADES soignés à domicile.	COUT du TRAITE- MENT par malade soigné à domicile.
	Abonne- ment.	Accou- chements.	Opéra- tions.					
	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.	fr.		fr. c.
1895	41.270	7.130	7.545	2.370	53.324	111.639	13.126	8 50
1896	43.185	8.490	10.730	2 890	66.917	132.208	13.794	9 58
1897	42.551	7.980	10.955	2.670	71.209	133.365	21.333	6 34
1898	54.589	6.800	1.850	2.300	56.036	120.576	17.475	6 89
1899	59.040	6.700	2.090	2.330	60.332	130.485	18.118	7 21
1900	63.641	6 800	2.450	2.420	72.701	148.013	18.579	7 96
1901	61.512	7.730	2.510	2.740	78.241	152.734	17.344	8 80
1902	64.469	7.850	2.420	3.240	84.931	162.910	19.679	8 27
1903	63.031	7.560	2.340	2.950	80 353	156.234	17.933	8 71
1904	65.023	7.580	2 440	3.320	87.025	165.388	17.415	9 61
1905	63 898	7.670	2.490	3.500	90.585	168.143	17.010	9 87
1906	64.440	7.790	2.730	3 670	81.839	160.469	16.784	9 86
1907	34.855			3.842	107.880	245.731	18.161	13 25
1908	86.165			3.360	109.609	199.134	20.824	9 54
1909	106.493			3.260	101.939	211.692	22.800	9 28

§ V. — Dépenses d'hospitalisation

Les dépenses d'hospitalisation se divisent en deux parties :

- 1^o Les frais de transport ;
- 2^o Les frais de journée de malade.

Les frais de transport représentent des sommes très peu importantes ; aussi, les confondons-nous, dans les chiffres que nous donnerons, avec les frais de journée.

Le prix de la journée de malade fut, dans les divers hôpitaux du département, fixé par un arrêté préfectoral en date du 29 décembre 1894 pris en conformité de la loi, sur la proposition des Commissions administratives de ces établissements et après avis du Conseil général ; il ne pouvait être inférieur à la moyenne du prix de revient constaté pendant les cinq dernières années. Les prix varièrent entre 2 fr. 50 et 1 fr. 02.

Cette fixation du prix de journée donna lieu à l'observation suivante rapportée au Conseil supérieur de l'assistance :

« Un hôpital du département de la Somme pour lequel le
« prix de journée avait été fixé à 1 fr. 02, en avait demandé
« l'augmentation en faisant valoir que le prix de revient,
« d'après lequel le prix fixé avait été établi, se trouvait infé-
« rieur à la réalité parce que la Commission administrative
« avait fait un bloc des dépenses afférentes aux diverses
« catégories d'assistés, obtenant ainsi une moyenne entre le
« prix de journée de l'hôpital proprement dit et celui des
« services annexes tels que l'orphelinat des jeunes filles.
« La réclamation n'ayant pas été immédiatement accueillie,
« les représentants de l'établissement hospitalier imaginèrent
« de refuser les malades atteints sur le territoire de la

« commune siège de l'hôpital, tant qu'ils n'auraient pas
« obtenu satisfaction. Il arriva, paraît-il, qu'un malheureux
« ayant les jambes écrasées fut laissé deux heures sur une
« civière à la porte de l'hôpital, qu'une personne accompa-
« gnée par le maire de sa commune ne fut pas admise, et,
« s'en retournant, mourut en chemin dans une étable. Le
« Conseil général, en émettant l'avis que le prix de journée
« précédemment fixé fut maintenu, sembla unanime à
« penser que l'application stricte de la législation existante
« permettait d'empêcher le retour de pareils scandales, les
« établissements hospitaliers étant, suivant cette Assemblée,
« tenus de recevoir en cas d'urgence des malades quelconques
« dans leurs lits vacants, « sauf à rechercher ensuite qui
« devra payer » et « sauf à diriger plus tard lesdits malades
« sur l'établissement de leur domicile de secours. » C'est là
« une théorie partiellement inexacte : s'il est vrai que la
« considération supérieure d'humanité doit tout primer
« lorsque le refus d'admission mettrait le malade présenté
« dans un évident danger de mort, il n'est pas vrai que l'ur-
« gence crée une sorte de droit exceptionnel à l'hospitalisa-
« tion en vertu duquel les hôpitaux pourraient exercer un
« recours direct contre certaines communes, sans que les
« formalités légales aient été remplies, puis se renvoyer les
« uns aux autres des malades admis à titre seulement
« temporaire. »

Le total des dépenses d'hospitalisation est sans cesse allé en augmentant. Il passe de 33.188 francs pour 355 malades soignés en 1897, à 40.382 francs pour 400 malades en 1898 ; c'est à cette époque que le tarif des opérations fut supprimé.

Le coût moyen du traitement hospitalier, qui était en 1897 de 93 fr. 54, s'élève, en 1898, à 100 fr. 90. Il était, cette même année :

dans l'ensemble de la France de	85 fr. 33
— le Pas-de-Calais de	113 41
— l'Oise de	107 18
— la Seine-Inférieure de	99 44
— l'Aisne de	63 65
— le Nord de	100 54

Cette moyenne est, en 1902, pour la Somme, de 97 fr. 70, et pour la France de 88 fr. 55.

Le Conseil général décida, en 1903, la revision des prix dans les hôpitaux suivants et en proposa la fixation comme il suit :

Hôpital d'Abbeville	2 fr. 76 au lieu de 2 fr. 82
— d'Amiens	2 43 — 2 28
— d'Airaines	1 49 — 1 56
— de Picquigny	1 48 — 1 60
— de Saint-Riquier	2 17 — 2 02
— d'Oisemont	1 24 — 1 02
— de Domart	1 38 — 1 27
— d'Athies	1 64 — 1 70
— de Moreuil	1 37 — 1 51
— de Roye	1 67 — 1 70
— de St-Victor (Amiens)	3 63 — 2 50
— de Bray-sur-Somme	1 91 — 1 52
— de Doullens	1 91 — 1 52
— de Ham	2 34 — 2 28
— de Saint-Valery	2 14 — 1 90
— d'Albert	2 25 — 1 02
— de Montdidier	2 15 — 1 37
— de Péronne	2 15 sans modification
— de Rue	1 55 —

Avec l'application de ces nouveaux prix, les dépenses d'hospitalisation passèrent de 69.072 francs, total de 1903, à 79.500 francs en 1904 pour le même nombre de malades ; le coût moyen du traitement par malade s'éleva de 104 fr. 60 à 120 fr. 60.

En 1906, ce coût moyen est de 138 fr. 33 ; la dépense est de 101.991 francs pour 738 malades. Le nombre des malades, qui était de 446 en 1899, a donc considérablement augmenté ; il atteint le chiffre de 831 en 1907 et les frais d'hospitalisation s'élèvent, pour cet exercice, à 105.756 francs, mais la dépense moyenne s'abaisse à 127 fr. 20.

En 1908, la dépense ne fut que de 95.268 francs pour 1.100 malades, soit une moyenne de 86 fr. 60. En 1909, la somme totale est de 105.932 francs, pour 1.221 malades, soit une moyenne de 86 fr. 80.

Pour certaines maladies exigeant des soins particuliers, le Conseil général a décidé d'envoyer les malades dans des hôpitaux spéciaux.

Les maladies des yeux sont traitées à l'hôpital Saint-Victor, d'Amiens ; le prix de la journée y est de 3 fr. 63.

Les indigents atteints de rachitisme ou de scrofule sont placés dans les sanatoria de Berck-sur-Mer ; le prix de la journée y est de 1 fr. 60.

Les malades teigneux sont envoyés à l'hôpital de Frévent (Pas-de-Calais), où l'on traite spécialement ce genre de maladie ; le prix de journée y est de 1 fr. 45.

Les personnes mordues par des chiens ou autres animaux hydrophobes, sont envoyées à l'Institut Pasteur, pour y suivre le traitement antirabique. Ce traitement est gratuit. Mais les frais de voyage et de séjour à Paris des indigents ont été mis, par le Conseil général, à la charge du service de l'Assistance médicale gratuite. Les intéressés sont placés

dans un hôtel voisin de l'Institut Pasteur aux conditions suivantes :

3 et 4 francs par jour pour les adultes, suivant les soins particuliers que réclame leur état ;

2 francs par jour pour les enfants.

Les placements dans les hôpitaux ordinaires sont faits par le maire, d'après le certificat du médecin du service de l'Assistance ; les placements dans ces hôpitaux spéciaux sont effectués avec le concours de l'administration préfectorale qui s'informe, avant de diriger un malade sur l'un d'eux, s'il y a une place disponible. Cette intervention permet, en même temps, un contrôle sur ces dernières hospitalisations qui, tant en raison de l'élévation du prix de la journée que de la durée du traitement, sont particulièrement onéreuses ; l'Administration peut ainsi veiller à ce qu'elles n'aient lieu qu'en cas d'absolue nécessité.

Le traitement des tuberculeux

La tuberculose est une maladie particulière qu'on ne peut classer, d'une manière absolue, parmi les maladies incurables (1).

(1) « Pratiquement, un grand nombre de tuberculeux sont exclus de l'assistance obligatoire pour les motifs suivants :

1^o L'obligation de l'article 1^{er} de la loi de 1893 resterait une obligation morale si elle n'avait pas sa sanction dans l'article 26 de la même loi, qui précise quelles dépenses d'assistance médicale peuvent être imposées d'office aux collectivités ; or, ces dépenses ne comprennent ni les frais de suralimentation, ni les indemnités de chômage pour repos des malades, ni les dépenses de cures d'air ;

2^o L'hospitalisation curative des tuberculeux exige des établissements ou services spéciaux ; or, d'une part, l'interprétation donnée aux articles 3

Aussi, les placements hospitaliers des malades qui en sont atteints ont-ils donné lieu à des difficultés avant et après la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

Le plus souvent, les tuberculeux sont soignés à domicile ; mais lorsque leur état de santé nécessite leur envoi à l'hôpital ou que leur présence offre des dangers sérieux pour leur entourage, les maires ont quelque hésitation à les y envoyer, leur séjour dans ces établissements pouvant être de longue durée et occasionner de lourdes charges.

De plus, les hôpitaux de rattachement du département ne sont pas toujours pourvus de locaux spéciaux où peuvent être isolés les tuberculeux dangereux pour les autres malades.

Il semble que ces malades recevraient des soins plus appropriés à leur état et auraient plus de chances de guérison s'ils étaient traités dans des sanatoria spéciaux. — Le Préfet vient de consulter le Ministre de l'Intérieur sur le point de savoir si ces sortes de placements pourraient être effectués au compte du service de l'assistance médicale gratuite. Le Ministre a répondu dans les termes suivants :

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que les frais de
« traitement des tuberculeux rentrent dans le cadre des
« dépenses de l'assistance médicale, sous cette réserve
« expresse qu'ils soient des malades au sens de la loi du

et 4 de la loi de 1893 ne permet pas de contraindre les Conseils généraux qui ne le font pas volontairement, à désigner des sanatoriums comme hôpitaux de rattachement, d'autre part, la fin de l'article 26 précité qui prévoit l'agrandissement des hôpitaux existants ne range pas parmi les dépenses obligatoires celles occasionnées par l'extension ou par l'amélioration des services hospitaliers de malades. » (G. RONDEL. — *La Commune et l'Assistance obligatoire*, 1907, p. 13.)

« 15 juillet 1893, c'est-à-dire que leur affection puisse être
« considérée comme curable. Ils peuvent, dans ce cas, être
« soignés au titre de l'assistance médicale dans des san-
« toriums rattachés au service départemental. »

Au cours de la session d'avril 1910, — renvoyée au mois
de mai par la loi du 2 avril 1910 — le Conseil général de la
Somme aura à délibérer sur la question.

« Il demeurerait entendu, fait observer le Préfet dans son
« rapport, qu'il serait prononcé par décision du Préfet, sur
« les demandes de placements formées par les Bureaux
« d'assistance et les Conseils municipaux. »

**§ VI. — Examen d'ensemble des charges financières et
ressources du Service de l'Assistance médicale**

Nous venons d'examiner successivement les plus importantes des dépenses : honoraires médicaux, frais pharmaceutiques et frais d'hospitalisation, dont nous avons pu constater l'accroissement.

Il nous reste maintenant à rechercher, comme nous l'avons fait pour l'ensemble des départements, quelles sont annuellement les charges totales résultant de l'application de la loi dans la Somme et les ressources correspondantes.

A cet effet, nous avons dressé le tableau ci-après qui contient par année, de 1895 à 1909, y compris même 1909 :

Le nombre des inscrits ;

Le nombre des malades soignés à domicile et des hospitalisés ;

Le total des dépenses et des ressources et leur détail.

Ce tableau s'applique seulement au service départemental, les dépenses des services autonomes faisant l'objet d'un chapitre spécial.

Signalons immédiatement, car c'est là une indication qu'il convient de ne pas négliger, que le service départemental comprend une population de 365.328 habitants, et les organisations spéciales une population de 167.239 habitants, soit environ, sur 13 habitants, 9 dépendant du service et 4 des organisations spéciales.

Ensemble des Charges financières du Service

	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Nombre de personnes inscrites .	34.743	35.879	36.541	36.303	37.076	37.525
Nombre de malades soignés à domicile	22.800	20.824	18.161	16.784	17.010	17.415
Nombre de malades soignés à l'hôpital	1.221	1.100	843	738	677	660

II. DÉPENSES

	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.
Honoraires des Médecins { Abonnement . .	»	»	»	»	»	»	64.440	97	63.898	12	65.023	76
{ Accouchements (1)	106.493	92	86.163	03	34.355	10	7.790	»	7.670	»	7.580	»
{ Opérations . .	»	»	»	»	»	»	2.730	»	2.490	»	2.440	»
Honoraires des Sages-Femmes .	3.260	»	3.360	»	3.842	»	3.670	»	3.500	»	3.320	»
Pharmaciens { Médicaments . .	100.343	75	106.913	30	106.896	44	80.176	40	89.088	10	84.708	33
{ Appareils . .	1.596	30	2.696	75	2.677	55	1.663	33	1.497	65	2.317	66
Hospitalisation { Frais de transport.	229	60	290	30	231	25	224	40	324	50	124	56
{ Frais d'hospitalis.	105.703	68	94.978	23	100.785	92	101.772	97	82.131	16	79.376	10
Frais d'administration	2.915	35	2.892	05	2.000	»	1.870	56	1.883	75	1.997	13
TOTAL DES DÉPENSES	320.542	60	297.295	66	250.788	26	264.338	63	252.483	28	246.887	49

I. RESSOURCES

	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.
Contingent des communes . .	134.401	23	125.872	87	110.332	25	107.098	52	107.660	36	101.798	94
Subvention de l'État	37.312	48	35.409	93	30.237	93	33.834	15	29.285	30	29.892	71
Remboursement par d'autres départements	2.238	85	1.407	65	1.393	97	676	60	853	62	1.249	83
Contingent du Département . .	146.890	04	134.605	21	108.804	11	120.729	36	114.684	»	113.945	96
TOTAL ÉGAL AUX DÉPENSES . .	320.542	60	297.295	66	250.788	26	264.338	63	252.483	28	246.887	49

(1) On n'a pas encore séparé, pour les années 1907, 1908 et 1909, dans les honoraires médicaux, les sommes payées p

épartemental et Ressources y faisant face

1903	1902	1901	1900	1899	1898	1897	1896	1895
37.417	37.272	36.163	36.309	35.473	33.063	53.961	54.929	53.895
17.933	19.677	17.344	18.579	18.118	17.475	21.333	13.794	13.126
661	583	524	517	446	400	355	246	151
fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
63.031 79	64.469 53	61.512 70	63.641 45	59.040 20	54.589 40	42.551 56	43.185 35	41.270 20
7.560 »	7.850 »	7.730 »	6.800 »	6.700 »	6.800 »	7.980 »	8.490 »	7.130 »
2.340 »	2.420 »	2.510 »	2.450 »	2.090 »	1.850 »	10.955 »	10.730 »	7.545 »
2.950 »	3.240 »	2.740 »	2.420 »	2.330 »	2.300 »	2.670 »	2.890 »	2.370 »
79.208 09	83.735 81	77.033 89	72.049 22	59.752 83	54.333 46	70.369 63	66.178 11	53.067 93
1.145 75	1.195 50	1.208 »	664 30	519 25	708 75	839 50	739 80	256 50
284 95	74 85	92 20	97 10	69 30	44 05	171 10	121 65	168 80
69.058 87	56.673 21	49.448 38	48.141. 51	42.041 13	40.338 24	33.017 62	26.255 70	15.910 62
1.968 58	1.726 15	1.711 30	1.740 18	1.776 63	1.775 82	1.532 66	1.602 30	2.049 »
227.548 03	221.385 05	203.986 47	198.003 76	174.379 34	162.739 72	170.087 07	160.192 91	129.768 05
fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
97.767 50	94.602 17	85.653 97	83.609 46	74.373 37	69.216 22	74.029 12	78.673 79	61.541 80
26.800 41	25.161 03	23.239 16	22.448 37	19.639 69	18.771 13	18.951 29	16.023 17	13.274 71
1.116 24	1.815 58	1.552 13	1.585 67	743 76	598 17	691 30	103 73	148 76
101.063 88	99.806 27	93.541 21	90.360 36	79.602 52	74.154 20	76.415 36	65.392 22	54.802 78
227.548 03	221.385 05	203.986 47	198.003 76	174.379 34	162.739 72	170.087 07	160.192 91	129.768 05

onnement, pour les accouchements et pour les opérations.

Service départemental

DÉPENSES

Le tableau qui précède fait ressortir une première remarque : l'écart considérable entre les dépenses de 1909 et celles de 1895 :

320.000 francs en chiffres ronds pour 1909.

Et 130.000 francs pour 1895.

Cette différence de 190.000 francs s'atténue, il est vrai, si l'on tient compte de ce que l'application d'une loi d'assistance étant généralement incomplète la première année, les dépenses effectuées ne peuvent fournir une indication précise pour l'évaluation des charges financières. Nous voyons du reste qu'en 1896 ces dépenses se sont élevées à 160.000 francs, soit une augmentation de 30.000 francs sur 1895, avec une élévation correspondante du nombre des bénéficiaires de la loi.

Mais, rapprochées des dépenses de 1896, qui sont restées à peu près les mêmes en 1897 et 1898, malgré une élévation très sensible du nombre des personnes soignées, nous n'en constatons pas moins, par les résultats de 1909, que les dépenses ont doublé dans la Somme depuis la mise à exécution de la loi.

Nous avons dit, en parlant du différend survenu entre l'Administration et les Médecins, que pour ne pas dépasser le chiffre de 252.000 francs fixé d'un commun accord comme limite des dépenses pour l'essai du libre choix du médecin par l'assisté, les mémoires médicaux avaient dû être réduits de 75 %. En réalité, les dépenses ont donc atteint en 1907,

non pas seulement 250.788 fr. 26, chiffre figurant sur notre tableau, mais 350.000 francs au minimum.

L'écart que nous venons de faire ressortir serait donc bien plus grand encore si notre comparaison s'appliquait à 1907 et 1896 au lieu de 1909 et 1896.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est cette augmentation considérable des dépenses, due au libre choix du médecin et au paiement à la visite, qui a déterminé le Conseil général de la Somme à substituer, à partir de 1909, le paiement à l'abonnement au paiement à la visite.

Cette modification, dont les conséquences ne pourront être bien connues qu'à la suite d'une expérience de plusieurs années, fait déjà sentir ses heureux effets, puisque du rapprochement des années 1907 et 1909 se dégagent les constatations suivantes :

Nous venons de dire que les dépenses réelles de 1907 s'élèvent à 350.000 francs au moins ; elles sont supérieures de 30.000 francs à celles de 1909, et pourtant 24.021 malades, dont 1.221 hospitalisés, ont été soignés en 1909 contre 19.004, dont 843 hospitalisés en 1907. Les frais d'hospitalisation sont inférieurs de 5.000 francs en 1907 à ceux de 1909, le nombre des hospitalisés étant lui-même inférieur de 378. Par contre, les frais pharmaceutiques et d'appareils sont plus élevés de 8.000 francs en raison de l'abus des visites en 1907.

L'augmentation de 1907 sur le total des dépenses, malgré un nombre moindre de malades, porte donc exclusivement sur les frais pharmaceutiques et sur les honoraires médicaux ; elle se trouve atténuée par une diminution de 5.000 francs sur les frais d'hospitalisation. Si celle-ci ne s'était pas produite, nous aurions, sur l'ensemble des dépenses de 1907, par rapport à 1909, une augmentation de 30.000 francs +

5.000 francs = 35.000 francs, provenant des dépenses pharmaceutiques et honoraires des médecins, alors que le nombre des soignés à domicile est inférieur de 4.639.

Ces chiffres montrent suffisamment que le système du paiement à l'abonnement procure une économie qui ressort mieux encore si nous calculons, par malade soigné, la dépense d'honoraires médicaux et de frais pharmaceutiques, laquelle est :

de 9 fr. 14 en 1909,

contre 13 fr. 60 en 1907,

soit une dépense supérieure de près de 4 fr. 50 en 1907 à celle de 1909.

Toutefois, étant donnée la réduction de 75 % opérée sur les mémoires des médecins, la dépense réellement payée par malade en 1907 n'a été que de 7 fr. 92.

Les dépenses de l'assistance médicale n'ont fait que s'accroître de 1895 à 1909, sauf en 1898 où elles sont inférieures à celles de 1897 ; mais parallèlement s'est augmenté le nombre des bénéficiaires de la loi, qui est passé de 13.126 soignés à domicile en 1895 et 151 hospitalisés, à 22.800 soignés à domicile et 1.221 hospitalisés en 1909.

Cette progression des dépenses n'est cependant pas proportionnée à l'élévation du nombre des assistés. Il suffit de comparer les années 1897 et 1906 pour voir que les dépenses sont en 1897 de 170.087 fr. 07, contre 264.338 fr. 63 en 1906, et que le nombre de soignés à domicile est cependant supérieur de 4.550 en 1897.

Ainsi que nous l'avons remarqué pour l'ensemble des départements, ce sont là encore les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques qui occasionnent une augmentation des dépenses ne correspondant pas exactement à l'élévation du nombre des assistés.

En 1897, les honoraires des médecins sont de 61.486 fr. 56 contre 74.960 fr. 97 en 1906, et les frais pharmaceutiques de 70.000 francs en 1897 contre 80.000 francs en 1906.

Par diverses décisions, sur lesquelles il est inutile de revenir après l'étude dont elles ont été l'objet de notre part, le Conseil général de la Somme s'est efforcé d'atténuer dans la plus large mesure possible cette disproportion entre les éléments qui concourent à l'élévation des dépenses.

Nous venons de voir que sa dernière décision : retour au paiement des médecins à l'abonnement, est susceptible de produire de bons résultats.

Il ne faut pas se dissimuler néanmoins la difficulté de cette tâche. Depuis 1895, les conditions de l'existence se sont profondément modifiées : plus grands sont les besoins, plus lourdes les charges personnelles, et par suite devient plus onéreuse la rémunération des services rendus.

Comme compensation, ou tout au moins comme atténuation à l'élévation qui nous paraît inévitable dans la rétribution des soins donnés aux indigents et dans la fourniture des médicaments qui leur sont nécessaires, on ne peut que s'attacher à faire disparaître ou diminuer les abus.

Pour arriver à ce résultat et pour donner aux deniers publics l'utile emploi qu'ont eu en vue les auteurs de la loi, il est donc indispensable de contrôler scrupuleusement les dépenses. Nous avons examiné à ce sujet la détermination prise par le Conseil général d'assurer ce contrôle, qui fonctionne dans la Somme depuis le 1^{er} janvier 1910, et qui d'ores et déjà fait présager une diminution dans le nombre des inscrits et par conséquent dans les dépenses.

Cette progression, nous l'avons vu, n'est pas spéciale à la Somme ; elle a incité le Ministre de l'Intérieur à recommander instamment aux Préfets l'organisation d'un service

de contrôle ; il nous suffit, d'ailleurs, à l'aide des statistiques officielles établies jusqu'en 1907, de voir, par la comparaison avec d'autres départements, que le prix moyen de revient, sur l'ensemble des dépenses de l'assistance accordée à chaque malade soigné à domicile ou à l'hôpital, s'est élevé dans ces départements comme dans la Somme.

Pour la clarté de ce rapprochement, nous avons réuni, dans le tableau ci-contre, quelques départements à peu près d'égale importance à celle de la Somme, en y comprenant même le Nord et la Seine-Inférieure, dont la population est beaucoup plus élevée, et l'Eure, qui compte 200.000 habitants de moins que la Somme.

En regard de chaque département, sont indiqués, pour les années 1902 et 1907 :

Le nombre des malades soignés à domicile ou hospitalisés ;

Le total des dépenses du service départemental ;

Et la dépense moyenne par malade.

Les dépenses payées dans la Somme en 1907 s'élèvent à 250.788 francs par suite de la réduction de 75 % effectuée sur les mémoires des médecins. La dépense réelle par malade supportée par l'Etat, le Département et les Communes, n'est donc que de 13 fr. 20 au lieu de 18 fr. 50, chiffre qu'elle aurait atteint avec le règlement intégral des mémoires médicaux.

En 1909, la dépense moyenne par malade ressort à 13 fr. 34.

Ainsi, même avec ce chiffre de 13 fr. 34, on peut constater, d'après le tableau qui précède, que le fonctionnement du service départemental d'assistance est assuré dans la Somme dans d'excellentes conditions au point de vue financier, puisque les départements sur lesquels porte notre comparaison ont à supporter, à l'exception du Nord et de l'Ille-et-

NOMS des DÉPARTEMENTS.	ANNÉE 1902.			ANNÉE 1907.			DIFFÉ- RENCE en plus pour 1907.
	Nombre de malades soignés.	Total des dépenses.	Dépense moyenne par malade.	Nombre de malades soignés.	Total des dépenses.	Dépense moyenne par malade	
		fr.	fr. c.		fr.	fr. c.	
Charente-Inférieure. .	5.500	117.494	21 40	4.865	120.139	24 70	3 30
Eure.	6.883	160.766	23 35	7.745	188.285	24 31	0 96
Ille-et-Vilaine. .	20.590	231.116	11 22	21.731	285.528	13 14	1 92
Oise	10 400	187.857	18 06	10.544	239.302	22 70	4 64
Nord.	80.164	791.151	9 87	87 391	891.521	10 20	0 33
Seine-et-Marne .	4.344	162.337	37 37	5.555	237 653	42 78	5 41
Seine-Inférieure.	15.795	371.013	23 40	17.336	453.801	26 18	2 78
Somme.	20.262	221.385	10 92	19 004	350.000	18 50	7 58
Dépenses <i>réellement payées</i> dans la Somme en 1907.					250.788	13 20	2 28

Vilaine, des dépenses bien supérieures par rapport au nombre des malades bénéficiaires de la loi.

On peut également constater que la progression des dépenses se manifeste, comme nous venons de le dire, d'une façon générale.

Nous avons dû borner cette comparaison à quelques départements ; mais ceux-ci ont été pris au hasard dans les statistiques officielles et, sauf de rares exceptions, telles que l'Aisne, où la dépense moyenne par malade est de 21 fr. 77 en 1907, contre 23 fr. 83 en 1902, nous arriverions à des résultats identiques si notre travail s'appliquait à tous les départements.

Ce qui se passe dans l'Aisne, s'explique d'ailleurs, car il semble naturel, en raison de la dépense bien inférieure payée dans la Somme, que le prix élevé de 1902 par malade ait subi une légère diminution en 1907, si l'on tient compte des efforts que le Conseil général de l'Aisne a dû faire pour atténuer les charges résultant de l'application de la loi.

Il y a lieu de remarquer enfin que dans un département, celui de Seine-et-Marne, la dépense moyenne par malade, déjà très importante, de 37 fr. 37 en 1902, atteint 42 fr. 78 en 1907, soit trois fois la dépense payée dans la Somme.

RESSOURCES

En examinant les charges financières qu'occasionne dans toute la France l'application de la loi, nous avons donné la composition des ressources qui servent à y faire face.

Ces ressources comprennent notamment les fondations et ressources propres des bureaux d'assistance, la contribution des bureaux de bienfaisance et celle des hospices et hôpitaux.

Or, la contribution des hospices et hôpitaux aux frais de

fonctionnement du service départemental est nulle dans la Somme ; elle est très peu importante en ce qui concerne les bureaux d'assistance et de bienfaisance. Aussi n'avons-nous mis dans la partie de notre tableau consacrée aux ressources qu'une seule rubrique : *Contingent des communes*, nous réservant de signaler que ce contingent englobe les ressources qui précèdent.

Une remarque se dégage du rapprochement des sommes annuellement à la charge de l'Etat, du Département et des Communes pendant la période comprise entre 1895 et 1909, sommes qui constituent les principales ressources du service.

Ces sommes n'ont fait que s'accroître, et il n'en pouvait être autrement avec la progression continue des dépenses que nous avons constatée ; mais se sont-elles accrues dans la même proportion pour les trois collectivités : Etat, Département et Communes ?

Oui, pour l'Etat, dont la participation n'est du reste pas très élevée, et pour le département. Non pour les communes.

Elles ont doublé, si nous rapprochons les années 1895 et 1909, pour les communes, alors qu'elles ont presque triplé pour l'Etat et le département.

Nous avons déjà vu que cette situation était générale ; nous croyons devoir la souligner encore pour la Somme.

Cette augmentation correspond, pour les communes, à l'accroissement du nombre des malades soignés à domicile et surtout à celui des hospitalisés, dont le traitement occasionne des frais généralement élevés (1.221 hospitalisés en 1909, contre 154 en 1895, soit huit fois plus en 1909). Aussi pouvons-nous dire que la progression des honoraires médicaux et des dépenses pharmaceutiques a sa répercussion, presque totalement, sur les finances de l'Etat et du Département.

En résumé, les ressources qui doivent être créées pour assurer le fonctionnement du service dans la Somme dépassent évidemment de beaucoup les chiffres prévus par le Conseil général lors de la mise à exécution de la loi ; mais les sacrifices consentis se répartissent sur un grand nombre d'indigents, puisque 24.000 malades sont actuellement soignés, quand les bénéficiaires de la loi ne dépassent guère 10.000 dans les départements d'égale importance.

C'est par cette constatation que nous terminerons, car elle fait ressortir pour notre département que les bienfaits de la loi s'y manifestent dans la mesure la plus large, et, comme nous l'avons signalé, dans les meilleures conditions financières.

CHAPITRE VI

Organisation et fonctionnement du service de contrôle

Nous avons eu l'occasion de signaler, en étudiant le fonctionnement du service de l'assistance médicale gratuite dans le département de la Somme et les dépenses qu'il a occasionnées, divers abus à propos des inscriptions sur les listes, des honoraires des médecins, des frais de médicaments et des hospitalisations.

Les charges financières sont allées, comme nous l'avons constaté, en augmentant progressivement tous les ans.

Le Conseil général a compris, dès les premières années d'application de la loi de 1893, la nécessité d'organiser un contrôle en vue d'éviter des irrégularités et des abus qui auraient pu compromettre le but humanitaire de cette loi et de remédier à ce nouveau mal social : l'exploitation de la solidarité (1).

L'organisation du contrôle fut divisée en deux parties :

- 1^o Le contrôle sur pièces ;
- 2^o Le contrôle sur place.

Le contrôle sur pièces doit porter sur l'examen des admissions aux secours gratuits, sur la vérification des mémoires des médecins et des pharmaciens.

(1) *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, fascicule 55, p. 175 : « L'idée de contrôle est un corollaire de l'idée d'obligation ; elle est corrélatrice à l'idée de solidarité. »

Le contrôle sur place aura pour but de découvrir certaines irrégularités que le contrôle sur pièces n'aurait pu dévoiler.

Le Conseil général de la Somme confia le contrôle sur pièces aux employés de la Préfecture et la vérification des mémoires des pharmaciens à un pharmacien désigné par le Préfet ; il était alloué à ce dernier une indemnité fixe.

L'inspecteur des enfants assistés fut chargé du contrôle sur place. « Il se rend à cet effet, dit le règlement, dans les « localités qui lui sont indiquées pour contrôler le fonctionne-
« ment du service. Des indemnités de déplacement lui sont
« mandatées sur la production de mémoires. » Ces enquêtes ont lieu, sur délégation du Préfet, lorsque par exemple l'examen des listes d'assistance d'une commune paraît révéler des inscriptions excessives. L'inspecteur fournit un rapport au Préfet, et celui-ci fait des observations aux maires.

Le contrôle exercé par les employés de la Préfecture consistait simplement à constater la régularité des dépenses, à les relever et à établir des moyennes pouvant mettre sur la trace d'abus.

Plus efficace était le contrôle des mémoires des pharmaciens exercé par le pharmacien désigné par le Préfet. Il avait pour but de rechercher si les médicaments fournis étaient bien ceux prévus au tarif, si les quantités délivrées ne dépassaient pas le maximum établi par ce tarif, s'ils étaient bien facturés aux prix fixés. Les réductions suivantes furent apportées sur les mémoires :

En 1895	1.073 francs
1896	965 —
1897	1.250 —
1898	2.108 —
1899	1.915 —

En 1900	2.247 francs.
1901	2.868 —
1902	2.877 —
1903	1.695 —
1904	1.997 —
1905	2.499 —
1906	1.596 —
1907	2.163 —
1908	2.746 —
1909	2.619 —

En 1906, le Conseil général décida la création d'une Commission de contrôle ; elle était composée de :

8 Conseillers généraux désignés chaque année par le Conseil général ;

3 Médecins nommés par le Préfet, choisis parmi les médecins de l'assistance ;

2 Pharmaciens également nommés par le Préfet parmi les pharmaciens de l'assistance.

Les médecins et pharmaciens sont nommés pour 3 ans. La Commission est présidée par le Préfet ou son délégué.

La Commission est chargée de la vérification des mémoires produits par les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes. Chaque année, à la session d'avril du Conseil général, elle présente un rapport sur le fonctionnement du service et sur les mesures susceptibles de l'améliorer.

C'était là un organe nouveau ; toutefois, l'ancien système de vérification et de contrôle continuait à fonctionner parallèlement.

Ces deux systèmes de contrôle ne donnaient pas encore des résultats satisfaisants.

Le contrôle sur pièces ne pouvait révéler qu'une partie des

irrégularités telles que la fourniture de médicaments non prévus au tarif ou leur délivrance dans des quantités dépassant le maximum fixé. Les spécialités pouvaient être données aux malades dans les conditions que nous avons exposées plus haut sans que cet abus laissât aucune trace sur les pièces de comptabilité.

Il était difficile à l'inspecteur de l'Assistance publique, fonctionnaire non spécialisé pour ce genre de contrôle, de les découvrir par ses enquêtes sur place ; ses déplacements, pour présenter quelque utilité, auraient dû être nombreux : or, comme ils occasionnaient une dépense élevée, hors de proportion avec les résultats obtenus, on n'y eut que rarement recours.

Quant à la Commission instituée par le Conseil général, elle a fait preuve de bonne volonté ; mais les conditions dans lesquelles elle opère ne rendent pas son contrôle suffisamment efficace. Il est parfois difficile de réunir ses membres en quantum nécessaire pour pouvoir délibérer ; d'autre part, dans ses réunions, qui durent quelques heures à peine, il n'est guère possible de se rendre compte des diverses dépenses et d'étudier avec soin les pièces de comptabilité qui demandent un examen minutieux. La Commission ne peut que constater et approuver les résultats du contrôle opéré par l'Administration préfectorale et que celle-ci lui soumet. Le rôle de la Commission n'a cependant pas été inutile ; elle s'est occupée de la révision des tarifs médical et pharmaceutique ; elle a appuyé de son autorité les observations adressées par l'Administration préfectorale à certains médecins qui ne paraissaient pas observer une réserve suffisante dans la confection de leurs ordonnances.

Un contrôle de l'assistance médicale, pour être complet, doit réunir les conditions suivantes :

1^o Etre exercé par un fonctionnaire spécialisé dans les connaissances médicales et pharmaceutiques ;

2^o Les opérations doivent être faites tant sur pièces que sur place et centralisées entre les mains du fonctionnaire désigné.

Les connaissances professionnelles de ce fonctionnaire, la centralisation entre ses mains de toutes les pièces du service lui permettront de faire des observations tant de détail que d'ensemble. Il se trouvera ainsi admirablement placé pour fournir des rapports au Préfet et au Conseil général ; ses observations seront des plus précieuses pour l'étude des mesures à prendre. Si l'on considère, d'une part, que cette surveillance continue est destinée à produire par elle-même un effet salulaire, d'autre part, que l'action du contrôle sur place est très utilement secondée par celle du contrôle sur pièces, on est amené à conclure qu'il n'est pas possible de réunir, du côté administratif, un faisceau plus compact de garanties dirigées vers le bien du service tendant à sa cohésion parfaite et à son fonctionnement normal.

Le contrôle ainsi compris ne constitue pas d'ailleurs, comme le faisait remarquer le rapporteur de la Commission devant le Conseil général, une mesure de défiance contre les maires ; ceux-ci, au contraire, sont heureux de pouvoir s'abriter derrière les observations de l'administration et résister ainsi aux sollicitations de ceux de leurs administrés qui cherchent à bénéficier, sans y avoir droit, de la loi sur l'assistance. C'est ce que constatait dans son rapport un Inspecteur général des Services administratifs : « Les maires « sont les premiers dans bien des cas à signaler aux contrô-
« leurs les inscriptions irrégulières contre lesquelles ils n'ont
« pas cru devoir s'élever. Il n'est pas rare, en effet, que des

« maires interviennent officieusement auprès des préfets
« pour leur demander de faire la radiation de personnes
« qu'eux-mêmes ont fait inscrire sur les listes. »

« C'est là un fait courant, disait le Préfet de la Somme,
« en citant les termes de ce rapport devant le Conseil général.
« Que de fois j'ai reçu la visite de maires qui me disaient :
« Défendez-nous ! Aidez-nous ! Ne pourriez-vous pas vous
« opposer à telles ou telles inscriptions ? Provoquer telles
« ou telles radiations ? Sans doute, la bonne volonté des
« maires est très grande, mais ils vivent dans un milieu très
« restreint, et s'il faut demander à chacun de faire son
« devoir, on ne peut pas exiger de tout le monde de l'hé-
« roïsme ; or, il en faut pour résister à l'impopularité qui
« s'attache à la sévérité. »

Le Préfet s'appuyait en outre, pour demander au Conseil général d'organiser un service de contrôle, sur les instructions qu'il avait reçues du Ministre de l'Intérieur dans une circulaire relative à l'application de la loi sur l'Assistance aux vieillards, dont nous extrayons le passage suivant :

« Je ne saurais trop vous recommander de veiller avec
« la plus grande attention au bon fonctionnement de cette
« loi ; vous ne la défendrez de façon efficace contre les déna-
« turations possibles que le jour où vous aurez organisé un
« contrôle sur place, dont vous aurez confié le soin à un
« homme à la fois actif et sûr. Ce Contrôleur, toujours en
« tournée, ira de commune en commune, spécialement dans
« celles où le nombre des assistés est anormal, trop bas ou
« trop fort, vous donnant ainsi une présomption des injus-
« tices qu'il faut réparer ou des abus qu'il faut faire dispa-
« raître.

« Il vous signalera les pauvres gens dont la demande a
« été écartée sans souci d'équité et qui, dans l'ignorance de

« leur droit, n'ont pas ouvert de recours ; il leur fera faire une
« nouvelle demande dont, en cas de nouveau refus du
« Conseil municipal, vous poursuivrez l'admission dans les
« délais légaux devant la juridiction d'appel.

« En vous signalant, d'autre part, les abus plus graves,
« il vous permettra d'ouvrir la procédure de radiation dont
« je vous ai parlé à l'article 18.

« Il contribuera enfin à vous signaler les personnes
« admises dont les enfants pourraient, et par conséquent
« devraient assurer, au moins partiellement, l'entretien ;
« contre ces enfants, vous ne manquerez pas, à défaut du
« maire (je vous en renouvelle la recommandation pres-
« sante), d'intenter le recours prévu par la loi, dans la forme
« que j'ai précisée plus haut. »

Ces instructions peuvent également s'appliquer au fonctionnement de la loi sur l'assistance médicale, et c'est ainsi que le Conseil général de la Somme l'a compris lorsque, saisi d'une demande d'organisation du service de l'assistance aux vieillards, il a décidé que le contrôle s'exercerait en même temps sur le service de l'assistance médicale.

Conformément à sa décision, le Préfet a désigné, par deux arrêtés en date du 2 décembre 1909, un ancien pharmacien chargé de faire des enquêtes aussi bien sur les dépenses de l'assistance aux vieillards que sur celles de l'assistance médicale.

L'agent investi de ces nouvelles fonctions reçoit pour mission de se rendre auprès des maires ; il recueille leurs doléances et peut fournir à l'Administration préfectorale des indications d'autant plus utiles qu'elles lui sont données de vive voix, à titre officieux, sans crainte d'une publicité gênante, et avec une précision qu'il serait, sinon impossible, mais du moins difficile d'obtenir dans des communications écrites ;

il éclaire les municipalités sur leurs devoirs, constate *de visu* les fraudes qu'il est impossible d'apercevoir à distance, et dirige ses investigations sur le fonctionnement du service en général.

L'organisation d'un contrôle semblable ne peut que produire les meilleurs résultats au point de vue financier, tout en assurant le bon emploi des ressources affectées aux dépenses d'assistance. Aussi le Conseil général de la Somme n'a-t-il pas hésité à voter les crédits nécessaires à cette organisation ; mais il a tenu à limiter l'importance de ces crédits, et c'est à cette préoccupation qu'il a obéi en instituant un contrôle unique sur les deux services d'assistance aux vieillards et d'assistance médicale.

Le Contrôleur peut procéder simultanément à des enquêtes sur les deux services dans la même commune ou dans des communes voisines ; les frais de déplacement à lui rembourser sont donc moins élevés. Il est chargé d'une double tâche ; la rémunération qui lui est allouée est évidemment plus importante, mais inférieure néanmoins à celle qui serait due à deux contrôleurs.

L'organisation d'un contrôle unique permet par conséquent de réaliser une économie en ce qui concerne le traitement et les frais de tournées alloués à la personne chargée de ce contrôle.

Les dépenses résultant de la création de ce nouvel emploi se trouvent ainsi réduites ; elles sont engagées dans le but de faire disparaître les abus et d'atténuer, par suite, le plus possible, les charges financières de l'Etat, du Département et des Communes. Or, la participation de l'Etat dans les dépenses d'assistance aux vieillards est la plus importante ; l'Etat est ainsi bien davantage intéressé au bon fonctionnement des services de contrôle.

D'autre part, l'Etat contribue dans une proportion beaucoup moins élevée, 20 % au lieu de 65 %, au paiement des dépenses d'assistance médicale, sur lesquelles le contrôle aura en outre moins de répercussion, car elles représentent dans la Somme le tiers de celles de l'assistance aux vieillards.

Le Conseil général a donc pensé qu'il serait préférable pour les finances départementales de prélever uniquement sur les fonds réservés à l'assistance aux vieillards les dépenses devant résulter de l'organisation de ce contrôle. Cette manière de faire présente en effet l'avantage pour le département de ne laisser à sa charge que 35 % des dépenses nécessitées par la création d'un contrôle s'exerçant sur le service de l'assistance médicale gratuite en même temps que sur le service de l'assistance aux vieillards.

Ce nouveau contrôle n'a commencé à fonctionner que depuis le 1^{er} janvier 1910.

Le Contrôleur constate dans le rapport qu'il vient de présenter au Conseil général, que les municipalités s'applaudissent de la mesure prise et reconnaissent qu'elle facilite singulièrement leur tâche ; aussi lui ont-elles partout donné volontiers leur concours.

Le Contrôleur s'est rendu dans 39 communes pour y procéder à des enquêtes. Dans 15 communes, d'après les renseignements qui lui ont été fournis par les maires, le Contrôleur conclut à la radiation de 211 inscrits. « Parmi
« ces 211 personnes, écrit-il dans son rapport adressé au
« Préfet, 92 habitent des communes où résident des méde-
« cins et 113 des communes situées à quatre kilomètres de
« la résidence du médecin ; elles occasionnent donc pour le
« service une dépense de 655 francs en frais d'honoraires
« médicaux ; le montant des dépenses pharmaceutiques
« doit certainement être plus élevé. »

Le Contrôleur a eu, en outre, l'occasion de faire, au cours de ses déplacements, d'intéressantes observations grâce auxquelles des mesures pourront être prises pour éviter des abus et des irrégularités et réaliser des économies sur certaines dépenses.

Il est permis d'espérer que les efforts combinés du Contrôleur et de tous ceux qui poursuivent la réussite de l'œuvre philanthropique entreprise par la loi feront disparaître les défectuosités qui ont contribué à occasionner dans notre service départemental un accroissement de dépenses. Ainsi débarrassée des obstacles qui s'opposaient à son fonctionnement, la loi pourra librement atteindre son idéal d'humanité et de justice.

CHAPITRE VII

Services communaux autonomes

Aux termes de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 « les communes ou syndicats de communes qui justifient remplir d'une manière complète leurs devoirs d'assistance envers leurs malades, peuvent être autorisées, par une décision spéciale du Ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à avoir une organisation spéciale. »

Pour obtenir cette autorisation, elles doivent adresser leur demande au Ministre de l'Intérieur, en y joignant les pièces suivantes :

1° Un exposé certifié par le maire des moyens par lesquels la commune justifie remplir d'une manière complète son devoir d'assistance envers ses malades ;

2° Le règlement du service, rédigé par articles ;

3° La délibération du Conseil municipal ayant pour objet la demande d'autorisation ;

4° Les comptes administratifs de la commune, du bureau de bienfaisance, de l'hôpital, s'il y en a un, pour les trois derniers exercices. ;

5° Le budget de l'exercice en cours et le budget supplémentaire, ou, à défaut, celui de l'exercice précédent ;

6° Un projet de budget de l'assistance aux malades ;

7° Un relevé des recettes et dépenses ordinaires et extraordinaires pour les trois derniers exercices ;

8° L'avis de la Commission administrative du bureau d'assistance sur le projet de règlement du service présenté à l'approbation du Ministre ;

9° L'avis du Conseil général ou, à défaut, de la Commission départementale ;

10° L'avis du Préfet ;

11° Un exemplaire du règlement départemental.

Lorsque les communes qui ont été autorisées à organiser un service autonome ne réunissent plus les conditions prévues, le Ministre peut retirer son autorisation. Les communes sont libres d'y renoncer spontanément.

Quelle sera la situation de ces communes ?

Comme elles se trouvent en dehors de la loi de 1893, elles ne peuvent plus prétendre aux subventions de l'Etat et du Département.

Elles sont tenues de supporter les centimes départementaux afférents au service de l'assistance médicale ; mais le Conseil général pourra leur en rembourser le produit (Décision du Ministre de l'Intérieur, département du Nord, 4 août 1894). Le Conseil général de la Somme n'a pas usé de cette faculté.

La Somme a été le département de France où les demandes des communes tendant à obtenir l'autorisation d'organiser un service autonome d'assistance aux malades ont été le plus nombreuses. En 1895, 66 communes du département ont demandé l'application de l'article 35 de la loi. (Au cours des années suivantes 11 autres demandes ont été produites, ce qui en porte le nombre à 77). Une enquête fut faite par M. Rondel, inspecteur général au Ministère de l'Intérieur, et le docteur Léon Petit. A la suite de leur mission, ces délégués présentèrent au Conseil supérieur de l'Assistance publique un rapport dont nous reproduisons ci-dessous un extrait :

« Parmi ces communes, cinq ont expressément retiré leur demande et une sixième paraît avoir renoncé à maintenir la sienne, puisque malgré plusieurs rappels de la préfecture, elle n'a pas fourni les pièces exigées.

« Par contre, quelques communes qui font partie de l'organisation départementale pour 1895 s'appuient sur l'article 35 pour demander à avoir leur service distinct l'année prochaine.

« Nous avons visité des communes prises dans l'une et l'autre de ces deux catégories et choisies de façon à représenter les différents spécimens depuis la grande ville jusqu'au petit village.

« En poursuivant cette série d'enquêtes locales, nous avons été amenés à nous former une opinion générale par la comparaison des espèces ; la pratique nous a suggéré des idées d'ensemble dont l'exposé doit logiquement précéder le résultat de chaque examen particulier. Cet ordre s'impose d'ailleurs par la nécessité d'éviter des redites et de préciser une fois pour toutes, à propos d'un département type, les causes d'une situation anormale qui se retrouve sur plusieurs points de la France.

« Lorsque le Conseil supérieur de l'Assistance publique a jeté les bases de la loi sur l'assistance médicale, deux théories ont été mises en avant : l'une ne se servant que des communes pour organiser l'assistance, l'autre considérant les communes comme une collectivité trop restreinte et instituant en conséquence l'organisation départementale. Cette dernière a triomphé ; mais parmi les objections qui lui avaient été opposées, certaines ayant été reconnues fondées, ont déterminé les auteurs du projet de loi à accepter une restriction au principe de l'organisation départementale, qui a été formulée dans l'article 35 de la loi.

« C'est en rappelant cette origine que M. Dreyfus-Brisac, rapporteur devant le Conseil supérieur sur les avis à émettre en vertu de l'article 35, disait dans la séance du 5 mars dernier : « Lorsque la loi a été préparée par le Conseil supérieur, l'article 35 a été considéré comme devant permettre à certaines grandes villes de conserver une vieille organisation très satisfaisante, parce qu'elles étaient bien outillées. Il n'est dans l'esprit de personne, je crois, que, à travers cet article 35, puisse passer une infraction à la loi... »

« Et plus loin :

« Il faut faire une démarcation entre les grandes et les petites communes. Ce que nous demandons, c'est de faire ce qu'on pourrait appeler un cahier des charges pour l'article 35, de manière que nous puissions l'opposer comme barrière aux demandes incessantes des petites communes et même des communes de moyenne importance. »

« Le Conseil supérieur, mis en présence des six articles qui devaient constituer ce cahier des charges, avait pensé avec le rapporteur que l'application stricte de ces articles était de nature à faire rejeter la presque totalité des demandes en instance, se rendant compte que, même « lorsqu'il s'agit de villes très importantes, ces conditions sont très médiocrement réalisées », aussi avait-il cru devoir ne les adopter que sous une forme atténuée, en ajoutant à la formule introductive les mots « autant que possible. »

« Nous conformant à ces indications, nous avons pris une à une les six conditions votées dans les séances des 5 et 6 mars du Conseil supérieur, et nous les avons expliquées aux municipalités, après nous être préalablement assurés que celles-ci renonçaient en connaissance de cause au bénéfice des subventions départementales. Comme cela avait été prévu, aucun

règlement communal ne remplissait entièrement les conditions requises, mais nulle part nous ne trouvions de résistance à s'y conformer ; de sorte que l'ensemble de ces conditions n'a pas pu nous servir de *criterium* pour distinguer les communes ayant une organisation spéciale susceptible d'être facilement complétée, de celles qui, à l'époque de la promulgation de la loi de 1893, n'avaient dans leur pratique insuffisante de l'assistance aucune organisation à laquelle les règlements nouveaux pussent porter atteinte.

« En ce qui concerne la première condition (1), les communes réfractaires de la Somme hésitent beaucoup à reconnaître la nécessité d'une liste révisée par le conseil municipal et soumise au contrôle de la publicité ; mais, comme on n'a pas à proposer d'autre moyen de satisfaire aux exigences du Conseil supérieur, on accepte assez aisément de dresser dans l'avenir la liste des privés de ressources conformément à la loi de 1893. Quant aux femmes en couches, on les a, depuis longtemps assimilées aux malades.

« En ce qui concerne la deuxième condition (2), presque partout on démontre sans peine que les sommes annuellement consacrées par le bureau de bienfaisance ou par l'hospice à procurer l'assistance médicale à domicile, sont au moins égales au contingent fixé par le règlement départemental, lequel est de 3 francs par famille d'inscrits.

(1) Justifier qu'à défaut de liste d'assistance établie dans les conditions prévues par la loi, des mesures ont été prises pour assurer les bénéfices de l'assistance médicale à tous les malades, y compris les femmes en couches, dénués de ressources.

(2) Démontrer que les sommes à la disposition du service local institué en faveur des malades sont actuellement suffisantes pour que, sans nuire au bon fonctionnement des autres services d'assistance, les malades privés de ressources reçoivent des secours aussi complets qu'ils en recevraient si le règlement départemental était appliqué dans la commune.

« En ce qui concerne la troisième condition (1), on est étonné que la question des femmes en couches se pose à propos de l'hospitalisation, attendu que cette catégorie de personnes est dans la pratique soignée à domicile, et l'on ajoute que l'entrée à l'hôpital implique une complication de l'état de la femme en couches qui la transforme en une malade et permet de l'y admettre à ce titre.

« D'un autre côté, on expose que les malades qui n'ont pu être utilement soignés à domicile ont toujours été envoyés dans les hôpitaux appropriés au traitement, le plus souvent dans ceux-là mêmes qui viennent d'être désignés par le Conseil général comme centres des circonscriptions nouvelles. Toutefois, dans les villes où existe un hôpital, on ne reconnaît pas sans difficultés au médecin de l'assistance à domicile, le droit de délivrer le certificat d'admission généralement réservé jusqu'ici au chef de service de l'hôpital.

« En ce qui concerne la quatrième condition (2), aucune critique ne peut être faite à la plupart des règlements communaux. Lorsque le service pharmaceutique n'est pas établi d'après le tarif départemental, il l'est d'après un tarif à peu près équivalent à celui des bureaux de bienfaisance de la Seine ou à celui de la Compagnie des chemins de fer

(1) Assurer à tous les malades admis à l'assistance, et en particulier aux femmes en couches, non seulement les soins médicaux à domicile, mais encore, en cas de besoin, l'hospitalisation dans un lieu convenablement outillé pour le traitement de la maladie, notamment pour l'isolement des contagieux, et ce sur les indications des médecins à domicile, conformément à l'article 3 de la loi du 15 juillet 1893.

(2) S'engager à fournir gratuitement aux malades ou blessés qui ont des droits à l'assistance les médicaments portés au tarif départemental et les appareils nécessaires. Supporter l'intégralité des frais de transport à l'hôpital approprié au traitement.

du Nord. Les appareils sont, assure-t-on, délivrés selon les besoins. Les frais de transport à l'infirmierie sont généralement nuls, les malades y étant amenés gratuitement par des voisins de bonne volonté, et le transfert au grand hôpital est considéré comme tellement exceptionnel qu'on en accepte toute la charge.

« En ce qui concerne les articles 5 et 6 (1), on invoque la pratique constante des années antérieures pour démontrer qu'on n'est jamais soustrait à ses obligations. Si aucun crédit spécial n'est inscrit à cet effet au budget communal, c'est qu'il est difficile d'établir en la matière des prévisions suffisamment approximatives. Le chapitre intitulé « dépenses imprévues » y fait face comme il fait face aux autres dépenses d'assistance médicale non imputables sur les budgets des établissements charitables.

« En résumé, le fait même de l'assistance à tout malade privé de ressources semble généralement démontré, mais il apparaît en même temps presque partout que la demande d'application de l'article 35 repose sur le désir de se soustraire à la nouvelle organisation coercitive et de continuer le service dans sa forme facultative. Il ne s'ensuit pas pour cela qu'on cherche à en diminuer les charges ; la liste qui sert

(1) Inscrire au budget communal les ressources nécessaires pour faire face aux dépenses devant résulter du traitement des personnes privées de ressources qui auront été atteintes par la maladie ou par un accident sur le territoire d'une autre commune, mais dont la charge leur incombe en vertu du titre III de la loi du 15 juillet 1893, qui détermine le domicile de secours et les conditions de l'admission d'urgence à l'assistance médicale.

Prendre l'engagement de se conformer aux prescriptions de l'article 20 de la loi en ce qui concerne l'admission des malades étrangers à la commune, sauf à profiter par une juste réciprocité des dispositions de l'article 21 qui assurent le remboursement des frais de traitement pour ce qui dépasse les dix premiers jours.

pour l'assistance contient une proportion d'inscrits considérable, dépassant souvent le dixième de la population ; on craint autant d'être obligé de réduire que d'être obligé d'augmenter le nombre des assistés; on veut rester dans un *statu quo* à la rigueur acceptable pour le présent, en raison des personnalités qui en assument la responsabilité, mais dépourvu de garanties pour l'avenir, le projet de règlement communal ayant précisément pour effet de consacrer le maintien des anciens errements.

« Pour serrer de plus près la question, il faut rapprocher les unes des autres les raisons invoquées par les diverses municipalités à l'appui de leurs demandes, et, les complétant par des constatations faites sur place, en dégager l'état d'esprit complexe qui porte à repousser la réglementation départementale.

« Tout d'abord, il est à remarquer que la presque unanimité des communes qui demandent à avoir une organisation spéciale font partie de la minorité qui n'avait pas adhéré à l'ancienne organisation de la médecine gratuite, et que, bien que leur nombre soit relativement important, elles ne représentent qu'une faible partie de cette minorité, aujourd'hui ralliée, n'étant plus en quelque sorte que l'arrière-ban des réfractaires.

« Il est encore important d'observer que ces organisations présentées comme spéciales n'offrent pas de caractères distinctifs permettant d'en faire une ou plusieurs catégories fermées ; on y trouve en effet tous les types des grandes et des petites communes : celles qui pratiquent l'assistance plus largement que la loi ne l'exige comme celles qui l'ont jusqu'ici pratiquée d'une façon insuffisante. On y trouve également celles qui croient faire autrement que la loi le prescrit et qui, à part quelques détails, n'ont rien à modifier

pour se conformer à la règle commune. Ces divers types se rencontrent d'ailleurs aussi bien parmi les communes qui acceptent sans objection d'être soumises à l'organisation départementale. Ce n'est donc pas dans le fait de posséder une organisation de médecine gratuite quelle qu'elle soit, mais dans des considérations non prévues par les auteurs de l'article 35 qu'est la cause principale de ces demandes d'exception.

« Voici quelques-unes des considérations qui ont guidé le plus grand nombre de communes :

« 1^o Il s'est produit deux malentendus, l'un portant sur la loi, l'autre sur le règlement départemental. Certains Conseils municipaux se sont cru obligés de voter des centimes additionnels, même quand les ressources locales étaient suffisantes (hospices et bureaux de bienfaisance richement dotés, existence de biens communaux importants, etc.). D'autres se sont imaginés que la mutualité intercommunale qu'ils considéraient comme contraire à leurs intérêts, devrait continuer à être appliquée et ils ont réclamé « le bénéfice » de l'article 35 pour éviter que leurs fonds d'assistance n'aillent à la masse commune ;

2^o Le règlement départemental attribuant aux médecins une rémunération évidemment insuffisante, ceux-ci ont usé de leur crédit, dans bien des communes, pour assurer la prolongation d'anciens traités plus avantageux pour eux ;

3^o Par contre, dans quelques communes, surtout dans les grandes villes, les médecins ayant accepté, antérieurement à la loi, des honoraires dont la modicité ne peut s'expliquer que par le prestige attaché à leurs fonctions, les autorités locales ont pensé que cette situation favorable aux finances municipales devait être maintenue tant que le corps médical continuerait de s'y prêter.

« Ces trois considérations ne constituent pas des obstacles insurmontables à l'application régulière de la loi. Il nous a été, en effet, facile de fournir des explications sur les malentendus ; une note officielle les dissiperait complètement. Quelques modifications, qui ne peuvent manquer d'être apportées un jour au règlement départemental, feront disparaître les résistances du corps médical et les grandes villes seront vraisemblablement amenées à comprendre qu'il est de l'intérêt de leurs services d'assurer aux médecins des pauvres une rémunération correspondant mieux à ce qu'elles exigent d'eux. La question devient plus délicate en ce qui concerne le mobile suivant :

« 4° Il règne dans cette partie de la France un sentiment profond de l'individualité communale. Cet esprit d'autonomie n'implique aucune idée d'hostilité contre l'administration ; il se traduit par la prétention de gérer les intérêts communaux d'une façon particulière. On est fier de posséder des ressources qui dispensent de recourir à l'aide d'une collectivité supérieure pour remplir ses obligations nouvelles ; on laisse percer un certain dédain pour les communes moins indépendantes obligées de s'imposer des centimes additionnels et de faire appel à des subventions. Il en résulte une réelle action de voisinage qui, sur certains points, multiplie les demandes d'application de l'article 35, de telle sorte que la carte où elles seraient indiquées représenterait assez exactement le développement d'une contagion autour de plusieurs foyers. Ici intervient la comparaison que font les communes en instance avec celles de moindre importance qui leur paraissent appelées à obtenir la consécration d'une organisation à part.

« L'administration préfectorale de la Somme, sans analyser les causes de résistance, nous a manifesté son désir que

les communes dont l'organisation a quelque consistance, soient autant que possible autorisées à la conserver, ajoutant qu'il serait au surplus facile de faire insérer dans les projets de règlement toutes les clauses que le Conseil supérieur jugerait utiles.

« En cherchant une solution dans ce sens, nous avons pensé que plus d'une commune renoncerait à maintenir sa demande s'il était possible de bien faire saisir que les organisations spéciales consacrées par une décision ministérielle, loin d'échapper à tout contrôle, devront au contraire être toujours en mesure de fournir la preuve qu'elles remplissent d'une façon satisfaisante leurs devoirs d'assistance envers les malades. Pour faire cette preuve, il sera évidemment nécessaire de fournir annuellement des états et des pièces. Or, le parti pris de ne pas avoir à remplir les formules envoyées par la Préfecture entre pour beaucoup dans la détermination de nombre de petites communes dont les maires et les secrétaires de mairie trouvent excessive la complication des imprimés imposés par le règlement départemental. On a beau leur répondre que cette complication s'atténuera à l'usage, ils manifestent une aversion absolue pour ce qu'ils appellent « la paperasserie administrative », et s'étonnent même d'avoir à remplir des formalités comme celles qui ont été instituées pour l'instruction de leurs demandes d'organisation spéciale, s'étant tout d'abord imaginé que l'existence de l'article 35 « dispensait quiconque l'invoquait de l'application des 34 autres », suivant l'expression employée devant nous par le maire d'un chef-lieu de département, qui n'est pas celui de la Somme.

« Un tel état d'esprit propagé parmi les représentants des petites communes, est de nature à faire réfléchir. S'il est vrai que le texte de l'article 35 ne permet pas de rejeter,

par mesure générale, les demandes émanant des communes qui ont jusqu'ici pratiqué l'assistance sans aucun règlement écrit, il est également hors de doute que le Conseil supérieur devra se montrer d'autant plus rigoureux dans l'acceptation des organisations particulières que leur bon fonctionnement sera plus difficile à contrôler. Or, le contrôle ne peut s'exercer utilement que s'il porte, non sur une série de faits, mais sur la marche d'un service solidement établi ; l'assistance médicale gratuite ayant nécessairement pour assises l'hôpital et le bureau de bienfaisance, c'est dans l'existence et dans l'importance de ces deux organes communaux qu'il faut chercher les éléments d'une exacte appréciation des demandes d'application de l'article 35. Il n'est donc pas facile de tracer une ligne de démarcation nette, entre les demandes à admettre sous réserve d'un complément des dispositions réglementaires et celles à rejeter comme relatives à des organismes trop primitifs pour justifier leur isolement ; ce n'est que dans les cas extrêmes que la solution semble s'imposer. »

(20 Octobre 1895.)

Comme l'avaient prévu les Délégués du Ministre de l'Intérieur, 14 municipalités n'ont pas maintenu leur demande, en présence soit des engagements qu'elles devaient prendre, soit des clauses qu'elles devaient inscrire dans le projet de règlement.

Le nombre des demandes s'est trouvé ainsi réduit de 77 à 63.

Sur les 63 demandes, dont les dossiers ont été examinés, 41 seulement ont été admises ; les 22 autres ont été rejetées.

Depuis, 5 communes ont cru devoir renoncer au bénéfice de l'autorisation qui leur avait été accordée.

Le département de la Somme comptait en 1908, 36 com-

munes possédant un service autonome d'assistance médicale gratuite.

Ce sont les suivantes :

Abbeville, Amiens, Athies, Ault, Beauval, Bernaville, Boves, Cambron, Caours, Chaulnes, Crotoy (le), Doullens, Fonchette, Hangest-sur-Somme, Hombleux, Long, Lucheux, Matigny, Miraumont, Molliens-Vidame, Monchy-Lagache, Montdidier, Nesle, Parvillers, Péronne, Picquigny, Poix, Rouvroy, Roye, Rue, Sailly-Saillisel, Saint-Riquier, Saint-Valery-sur-Somme, Sancourt, Sauvillers-Mongival et Templeux-le-Fosse.

Il paraît superflu d'étudier le règlement adopté par chacune de ces communes. L'organisation des services autonomes communaux répond, en général, aux vues du Conseil supérieur en assurant l'assistance à domicile et, au besoin, l'hospitalisation, la délivrance gratuite des médicaments, en assimilant les femmes en couches aux malades, en créant une Commission d'appel contre les décisions du Conseil municipal en matière d'inscription sur les listes d'assistance. Toutes ces communes se sont, en outre, engagées à admettre à l'assistance les malades étrangers à la commune, sauf à bénéficier du remboursement des frais de traitement dépassant les dix premiers jours. Elles se sont engagées également à rembourser les frais de traitement des personnes de la commune privées de ressources tombées malades dans d'autres communes.

Nous nous bornerons à examiner les conditions de l'organisation du service autonome dans les cinq chefs-lieux d'arrondissement, c'est-à-dire dans les villes les plus importantes.

AMIENS

Le service municipal d'assistance médicale est placé dans les attributions du Bureau de bienfaisance.

Il a pour objet d'allouer aux malades privés de ressources les secours médicaux et pharmaceutiques, et les secours hospitaliers, pour le cas où les assistés ne pourraient être utilement soignés à domicile, moyennant un certificat médical visé par un membre de la Commission.

Ont droit aux secours de l'assistance médicale, outre les indigents malades inscrits sur les listes du Bureau de bienfaisances, les personnes malades privées de ressources inscrites sur une liste spéciale dressée par le Bureau d'assistance.

Les femmes en couches sont assimilées aux malades.

La ville est divisée pour le service médical en quatre circonscriptions; chaque circonscription est pourvue d'un médecin au traitement annuel de 2,500 francs.

Le service comprend aussi quatre sages-femmes (au traitement annuel de 1.200 francs) et une maîtresse sage-femme (au traitement de 2.400 francs).

Les médecins et sages-femmes sont nommés par la Commission administrative qui peut les révoquer.

Les médecins sont chargés, chacun dans leur circonscription, du traitement des malades, soit à domicile, soit dans les salles de consultation du bureau. La visite à domicile n'a lieu que lorsque le malade est dans l'impossibilité de se rendre à la consultation.

Pour être admis à la consultation médicale ou à l'assistance à domicile, le malade doit être muni d'un bulletin délivré par le Secrétariat du Bureau.

Les sages-femmes chargées des accouchements à domicile

doivent appeler le médecin de leur circonscription, ou, à défaut, le médecin de la circonscription voisine, dans le cas où une opération serait nécessaire.

Les médicaments prescrits sont délivrés, après ordonnances des médecins, et sur avis de la Commission administrative.

ABBEVILLE

Le service d'assistance médicale gratuite relève du Bureau de bienfaisance et des Hospices d'Abbeville.

Les listes d'assistance sont dressées par les Commissions administratives réunies des Hospices et du Bureau de bienfaisance. En cas d'urgence, l'Administrateur de service des Hospices a le droit de décider, seul, l'inscription d'un malade reconnu indigent, à la charge d'en rendre compte d'abord à la Commission administrative des Hospices puis à la Commission de l'Assistance médicale.

Les frais du service d'assistance incombent à l'administration hospitalière, toutes les fois que le médecin aura prononcé l'admission d'un malade à l'Hôtel-Dieu. De même, les honoraires des médecins, pour soins à domicile, sont supportés par les Hospices. Les médicaments, ainsi que les appareils nécessaires à certaines affections chroniques, sont fournis par le Bureau de bienfaisance.

Les femmes en couches sont assimilées aux malades.

DOULLENS

La liste d'assistance est dressée dans la forme prescrite par la loi de 1893. Les admissions d'urgence sont effectuées et les recours sont exercés dans les conditions prévues par la loi.

Le médecin du Bureau de bienfaisance est spécialement chargé de visiter les malades à domicile. Il délivre et signe les bons de médicaments qui sont fournis gratuitement par les pharmaciens dont le choix est laissé aux intéressés.

Tout malade qui ne peut être utilement soigné à domicile est admis à l'hôpital sur production d'un certificat médical.

Ceux de ces malades dont l'état exigerait une opération ne pouvant être faite à l'hôpital de Doullens sont dirigés sur un autre hôpital aux frais de la commune qui supporte les frais de transport et d'hospitalisation.

Le règlement est applicable aux femmes en couches.

Toutes les dépenses du service, honoraires des médecins, fournitures de médicaments et appareils, etc... sont payées sur les ressources de l'Hospice et du Bureau de bienfaisance.

MONTDIDIER

Le service d'assistance médicale gratuite est assuré par le Bureau de bienfaisance.

Il comprend trois médecins, un pharmacien et une sage-femme.

La liste d'assistance est établie et les inscriptions d'urgence sont faites suivant les règles tracées par la loi du 15 juillet 1893.

Les malades, en état de se déplacer, sont admis à la consultation au domicile des médecins de l'assistance.

Sur la demande du maire, ou à son défaut, d'un membre du Bureau d'assistance, délégué à cet effet, le médecin se transporte chez les malades qui ne sont pas en état de se déplacer.

Dans les cas urgents, le médecin ou la sage-femme peuvent être appelés directement par le malade ou sa famille.

Les médicaments sont délivrés gratuitement par le pharmacien sur la production de bons délivrés par le médecin.

Dans le cas où il y a impossibilité de soigner un malade à domicile, le médecin délivre un certificat d'admission à l'Hôpital de Montdidier.

Les frais de séjour des malades et blessés hospitalisés sont payés suivant le prix de journée fixé par le Préfet, conformément à l'article 24 de la loi du 15 juillet 1893.

Il est alloué aux médecins une indemnité annuelle de 3 francs par famille dont un ou plusieurs membres sont inscrits sur la liste.

Une indemnité de 10 francs est accordée en outre, pour chaque accouchement pratiqué à domicile.

Les dépenses du service sont acquittées par le Bureau de bienfaisance jusqu'à concurrence d'une somme de 1.800 fr. et, en cas d'insuffisance, pour le surplus, sur les fonds communaux.

PÉRONNE

L'Hospice de Péronne est chargé du service de l'assistance médicale.

La liste des personnes qui doivent être admises à l'assistance médicale est dressée par le Bureau d'assistance. L'appel des décisions du Bureau est porté devant le Conseil municipal.

Les malades portés sur la liste des assistés, qui ne sont pas en état de se transporter à la consultation gratuite de l'hospice, adressent une demande à la mairie.

Au vu de cette demande, le Président ou le Vice-Président leur délivre une feuille de maladie qui tient lieu de réquisition pour le médecin désigné.

Le médecin rend compte au Président ou au Vice-Président du Bureau d'assistance de l'état du malade qui est admis à l'hospice, à moins que des motifs particuliers s'opposent à son admission. Dans ce dernier cas, le Président ou le Vice-Président décide s'il y a lieu de continuer les soins à domicile. Il délègue pour ces soins un des médecins de l'hospice ou à leur défaut un autre médecin de la ville. Les médecins reçoivent une indemnité de 1 fr. 50 par visite.

L'administrateur de service à l'hospice a toute faculté d'admettre provisoirement toute personne qui lui paraît devoir être secourue. Il en rend compte à la Commission d'assistance.

*
* *

Pour permettre d'apprécier les conditions de fonctionnement des organisations spéciales, il est utile de rapprocher les résultats numériques et financiers de l'ensemble des services communaux autonomes de ceux du service départemental.

Le tableau ci-après donne ces résultats pour l'année 1908. Il indique, pour chacune des deux catégories de service, la proportion moyenne des personnes admises à l'assistance par rapport à la population, les malades soignés à domicile ou hospitalisés, la moyenne de la dépense par malade soigné à domicile ou à l'hospice.

Le tableau donne les mêmes renseignements en ce qui concerne le fonctionnement du service autonome dans les cinq villes chefs-lieux d'arrondissement.

Résumé du fonctionnement du Service départemental de l'Assistance médicale gratuite et des Organisations spéciales prévues à l'art. 35 de la loi du 15 juillet 1893 (Année 1908)

Population desservie — Nombre d'habitants	NOMBRE DES PERSONNES PRIVÉES DE RESSOURCES			MALADES			Hono- raires des méde- cins	Hono- raires des sages- femmes	Médi- caments et appa- reils	TOTAL	MOYENNE par malade soigné à domicile	Frais d'hospi- tation et de trans- port	MOYENNE par hospi- talisé	OBSERVATIONS	
	inscrites sur les listes	admissi- bles d'ur- gence	TOTAL	Propor- tion par 100 habi- tants	soignés à domicile	Propor- tion par 100 inscrits									soignés à l'hôpital
SERVICE DÉPARTEMENTAL D'ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE															
365.528	35.879	3.514	39.393	10,7	20.824	52,8	1.100	2,6	86.165	3 360	499 435	9,56	101.562	92,32	
SERVICES AUTONOMES MUNICIPAUX															
167.239	23.440	1.120	24.520	14,06	6.475	26,8	3.874	15,8	17.910	8.385	28.576	44.871	(1) 15.883	(2) 76,81	(4) Ce chiffre ne représente pas les dépenses réelles, 11 communes étant pourvues d'un hôpital. (2) Ce chiffre représente la moyenne pour les seules communes n'ayant pas d'hôpital. Ces communes n'ont placé que 35 malades à l'hôpital, ces ad- missions ont entraîné une de- pense totale de 4.225 francs. (4) La ville d'Amiens pos- sède un hôpital.
90.920	11.185	791	11.976	13,1	2 756	23,01	2 567	21,4	1.525	5.430	9.489	15.844	5,74	(1)	
VILLE D'ABBEVILLE (Organisation spéciale)															
20.704	4.580	»	4.580	22,1	1.470	32,09	920	20,09	3.000	1 500	1.000	5 500	3,74	(1)	
VILLE DE DOULLENS (Organisation spéciale)															
5.927	730	7	937	12,4	190	25,7	40	5,4	210	»	1 217	1 427	7,52	(1)	(1) La ville de Doullens possède un hôpital.
VILLE DE MONTDIDIER (Organisation spéciale)															
4.443	502	»	502	11,2	185	28,00	42	»	434	210	1.456	1.800	9,73	(1)	La statistique ne fournit pas le nombre des malades soignés ou hospitalisés. (1) La ville de Montdidier possède un hôpital.
VILLE DE PÉRONNE (Organisation spéciale)															
4.525	540	10	550	12,1	150	27,00	159	28,9	2 200	525	2 872	5.597	37,31	(1)	(1) La ville de Péronne possède un hôpital.

Dans le département de la Somme, les services autonomes communaux desservent une population représentant environ les trois dixièmes de la population totale du département.

Les moyennes mentionnées au tableau ci-dessus font ressortir que le nombre des personnes admises à l'assistance médicale, dans les communes ayant une organisation spéciale, est quelque peu supérieur à celui des inscriptions faites sur les listes des communes appartenant au service général. La proportion des malades soignés à domicile y est plus faible ; au contraire, celle des malades hospitalisés y est plus élevée. Onze communes ayant un service autonome possèdent en effet un hôpital et, dans ces communes, il y a tendance, pour utiliser les lits de cet établissement, à y admettre des malades qui pourraient au besoin être soignés à domicile. C'est ainsi qu'à Amiens, à Abbeville et à Péronne la proportion des malades hospitalisés est respectivement de 21,4, 20,07, 28.9 % du nombre des inscrits, les malades soignés à domicile n'étant que de 23.01, 32.09, 2.7 %.

Il appert de l'ensemble de ces résultats que les services autonomes fonctionnent d'une façon normale et régulière dans le département de la Somme.

M. le Ministre de l'Intérieur a, au cours des dernières années, fait porter le contrôle de MM. les Inspecteurs généraux des services administratifs sur le fonctionnement des organisations autonomes.

En 1906 et en 1907, M. l'Inspecteur général Rondel, qui a procédé sur place à l'inspection de la marche des services autonomes, a constaté qu'en général leur fonctionnement et leur organisation ne donnaient lieu à aucune remarque spéciale.

Les critiques ou observations que M. Rondel a été appelé néanmoins à formuler ont porté sur les points suivants :

Saint-Valery-sur-Somme.

Le règlement n'est pas appliqué. Les dépenses de pharmacie sont hors de proportion avec le nombre des malades soignés. Les dépenses incombant au Bureau de bienfaisance sont trop élevées ; il est nécessaire que la commune prenne une quote-part des frais à sa charge.

Péronne.

L'assistance à domicile est insuffisante. Il y a lieu de tenir une comptabilité et une statistique spéciales au service d'assistance médicale afin de se rendre compte de la marche de ce service et de le contrôler.

Monchy-Lagache.

La charge imposée au Bureau de bienfaisance est trop lourde. La Commune doit contribuer au paiement des dépenses.

Poix.

Les dépenses pharmaceutiques sont trop élevées. Il y a lieu de les réduire.

Caours.

Il y a lieu de tenir une statistique exacte du service.

Les municipalités intéressées ont tenu compte de ces observations.

La création, qui vient d'être faite, d'un emploi de contrôleur spécial des services de l'assistance médicale gratuite permettra, dans le département de la Somme, la vérification efficace des services autonomes communaux dont les conditions de fonctionnement échappaient jusqu'ici au contrôle direct de l'administration préfectorale.



CONCLUSION

Il nous reste à dégager la conclusion de cette étude, au cours de laquelle nous nous sommes proposé un double but : tracer à grandes lignes, en quelque sorte, le schéma de la loi de 1893, et expliquer les principes fondamentaux qui la commandent ; en second lieu, montrer le jeu de cette loi dans le cadre vivant du département, son fonctionnement, son évolution, et, à l'occasion, ses vicissitudes ; montrer comment l'œuvre du législateur a pu s'assouplir à des convenances locales, à des nécessités financières déterminées pour aboutir, après 15 ans d'expérience, à un régime assurément perfectible encore, mais qui déjà, fort de l'épreuve du temps, consacre un indéniable progrès.

La loi de 1893

La loi du 15 juillet 1893 a réalisé le premier terme du programme d'assistance sociale que s'est proposé la Troisième République, qui constitue à vrai dire sa raison d'être, et qu'elle met en œuvre avec une méthodique persévérance.

La portée de cette loi, déjà considérable en elle-même et par ses conséquences directes, dépasse le but immédiat d'assistance à une catégorie déterminée d'indigents. C'est en effet le législateur de 1893 qui, le premier, a inscrit dans nos codes le grand principe de l'assistance obligatoire, corollaire

naturel du devoir social. Ce principe, que la Révolution avait dégagé, mais sans en tirer autre chose qu'une formule abstraite, a reçu, au cours de ces dernières années, de trop éclatantes consécérations pour qu'une discussion puisse utilement s'ouvrir à son sujet. C'est contre lui pourtant que fut dirigé le principal effort des adversaires de la loi ; c'est son procès qu'instruisaient ceux-là mêmes qui dénonçaient, dans la loi de 1893, un encouragement indirect à la paresse, en même temps qu'un énervement des forces de la bienfaisance privée. L'événement a montré la vanité de semblables critiques. Il ne se trouve guère personne aujourd'hui pour faire grief à la loi d'assistance médicale de son caractère obligatoire.

Le principe de l'obligation n'est pas le seul que pose la loi de 1893. Tout en décidant, avec beaucoup de raison comme nous l'avons vu, que l'assistance sera communale, la loi en fait, par un correctif immédiat qui lui donne toute sa portée, une œuvre de solidarité nationale. De telle sorte que, s'il est vrai que l'assistance aux malades indigents incombe indistinctement à toutes les communes riches ou pauvres, en revanche la proportionnalité des subventions départementales ou d'Etat est là, suivant le jeu des barêmes institués, pour rétablir l'équilibre entre les collectivités plus ou moins fortunées. Obligation, solidarité, voilà donc les deux grands principes directeurs de la loi de 1893. Non seulement ils la dominent tout entière, mais encore ils impriment leurs conséquences à toute l'œuvre législative, qu'il s'agisse du domicile de secours, des recours contentieux, des inscriptions ou des admissions d'urgence.

Et c'est par la voie qu'ils ont très largement tracée que passe ultérieurement toute l'œuvre républicaine d'assistance sociale.

Application dans le département de la Somme

Ayant ainsi nettement déterminé le dessein général de son œuvre, le législateur s'est préoccupé de n'en préciser les détails qu'avec prudence. Et, soucieux des autonomies locales, redoutant d'autre part, dans ce domaine tout nouveau, des conséquences financières imprévues, il n'a légiféré qu'avec l'évident souci de permettre l'adaptation de la loi aux besoins particuliers, aux situations préexistantes, en même temps qu'aux possibilités budgétaires des collectivités intéressées. Il a créé et mis aux mains des Conseils généraux un instrument d'une merveilleuse souplesse, se pliant aux conceptions, aux exigences, aux ressources propres à chaque département. Les Assemblées départementales ont, en effet, du fait de la loi de 1893, les pouvoirs les plus étendus pour fixer les détails du service d'assistance, et pour déterminer notamment les circonscriptions hospitalières, les prix de journées de malades dans les hôpitaux, le mode de désignation des médecins, pharmaciens et sages-femmes, le système et le taux de leur rémunération, enfin l'organisation du contrôle. Le rôle joué en cette matière par les Conseils généraux est d'une importance telle qu'il peut, selon les cas, assurer ou compromettre, non pas évidemment le sort de la loi, qui est hors de toute atteinte, mais son bon fonctionnement et la marche normale du service. C'est ce qui fait l'intérêt d'une étude consistant à suivre, dans un département comme la Somme, les étapes diverses des services d'assistance, leurs modalités successives au cours d'une expérience de 15 ans, les abus constatés et les remèdes qu'on a pu y apporter ; à enregistrer enfin, en même temps que le

bienfait de l'institution actuelle, les leçons qu'il faut retenir et les lacunes qu'il faut combler.

Moins qu'un autre, sans doute, le département de la Somme, qui jouissait avant 1895 d'une organisation spéciale de secours aux malades, aura connu cette période d'hésitations et de tâtonnements, qui constitue, pour bien des lois nouvelles, comme une sorte de crise de croissance. Il est entré de plain pied dans la loi, s'efforçant de rattacher, dans la mesure du possible, le nouveau service à l'ancien état de choses. Et de suite, il a connu quelques déboires. Nous en avons fait l'historique. Nous avons montré la marée montante des inscriptions, enrayée partiellement par les efforts de réglementation et de contrôle du Conseil général et du Préfet ; les réclamations du Corps médical, l'expérience, désastreuse pour les finances départementales, du tarif *Billet*, rémunérant les médecins à la visite ; nous avons assisté à cette grève originale des médecins chargés de donner aux indigents les soins gratuits ; nous avons vu le Conseil général revenir sagement au système, momentanément délaissé, de la rémunération à l'abonnement et organiser, par la création d'un emploi spécial, le contrôle effectif sur pièces et sur place. Mais, quel que fût le système en vigueur, quelque regrettables qu'aient pu être certains incidents, à aucun moment, pas même en pleine interruption du service par les médecins syndiqués, il n'est apparu que le droit du malade indigent à l'assistance gratuite ait été menacé. Dès l'origine, dans la Somme, on peut affirmer que la loi de 1893 a produit son plein effet au regard des bénéficiaires, et que son but a été atteint, voire même dépassé, s'il est vrai que ce soit justement contre des inscriptions abusives, des visites trop répétées, des médications excessives qu'il ait fallu réagir.

L'intérêt des assistés et le souci des finances publiques

sont évidemment les deux mobiles propres à dicter leurs décisions aux Assemblées départementales. C'est en s'inspirant de cette double préoccupation que le Conseil général de la Somme, après divers essais, a cru devoir, d'un côté, consacrer le droit pour le malade indigent de choisir son médecin, de l'autre, réserver ses préférences à la rémunération forfaitaire des praticiens par le système de l'abonnement. Ce sont là deux résultats qu'on peut aujourd'hui considérer comme acquis dans la Somme et où paraît s'enregistrer la tendance générale des services départementaux d'assistance médicale.

Nous avons vu comment le Conseil général de la Somme, tout en maintenant au Préfet son droit antérieur d'agrément vis-à-vis des médecins qui adhèrent au règlement départemental d'assistance médicale, avait, en vue de prévenir toute suspicion d'arbitraire, ouvert aux praticiens un droit d'appel devant une Commission spéciale de contrôle. En fait, le refus ou le retrait d'agrément ne peut et ne doit se baser que sur l'incapacité physique ou professionnelle ou la faute lourde commise dans le service. C'est là, en même temps qu'une satisfaction donnée aux syndicats médicaux, une garantie de plus en faveur des assistés dont le droit au libre choix demeure entièrement sauvegardé. Le caractère impérieux de ce droit apparaît d'ailleurs, avec tant d'évidence, aux yeux de certains, que l'on s'est préoccupé récemment de lui donner la sanction législative.

Libre choix

Proposition de loi Dubuisson

L'article 4 de la loi du 15 juillet 1893 confie, comme nous le savons, aux Conseils généraux le soin d'organiser le nouveau service, en laissant à ces assemblées toute liberté

pour cette organisation. Il a entendu ouvrir un champ libre à leurs initiatives à cet égard. La loi se contente de poser le principe général, laissant aux Assemblées départementales la faculté de l'adapter aux circonstances particulières de lieu et de temps et de choisir les voies les mieux appropriées aux précédents et au milieu pour assurer le fonctionnement du service.

Les règlements départementaux ont mis en pratique, pour le choix des médecins, l'un des deux systèmes suivants :

1^o Le Préfet désigne, pour chaque circonscription, un médecin chargé de soigner les malades pauvres. Les malades ne peuvent s'adresser qu'au médecin ainsi désigné, qui est tenu de donner ses soins à tous les malades inscrits sur les listes.

2^o Les médecins qui ont accepté les conditions de fonctionnement du service deviennent médecins de l'assistance. Le malade a la faculté d'appeler parmi eux celui qu'il préfère.

Quelques Conseils généraux ont adopté une combinaison mixte combinant ces deux systèmes.

Cette liberté laissée, par la loi, aux Conseils généraux de recourir pour le choix des médecins à des pratiques diverses a donné lieu à de vives critiques. Elles ont trouvé leur expression dans une proposition de loi dont l'initiative a été prise par M. Dubuisson, député de la Nièvre, et formulée dans les termes suivants :

« Article unique. — L'article 4 de la loi du 15 juillet 1893, « paragraphe 2, est modifié comme il suit :

« Le Conseil général délibère dans les conditions prévues « par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 et *en assurant au malade privé de ressources le libre choix de son médecin.* »

L'exposé des motifs fait ressortir la nécessité, tout en

laissant aux Conseils généraux la liberté pour l'organisation matérielle du service, de les contraindre à assurer à l'indigent le libre choix du médecin.

« Nul, écrivent les auteurs de la proposition, n'a jamais
« eu l'idée de contraindre un malade payant à se faire
« soigner par un médecin qui lui serait imposé par une
« autorité quelconque.

« Ce qu'on n'admettrait pas pour le riche, ne peut davan-
« tage être admis pour le pauvre.

« Ajoutons que c'est de plus l'intérêt bien entendu de la
« collectivité qui a assumé la charge de l'assistance médi-
« cale.

« Toute personne doit avoir le droit de s'adresser au méde-
« cin librement choisi par elle parce que, fût-il moins savant
« et moins renommé que les autres, il possède cependant une
« qualité que rien ne peut remplacer : il possède sa con-
« fiance.

« En effet, la confiance au médecin traitant est un élément
« sinon indispensable, du moins important de guérison et le
« malade sera d'autant plus rapidement guéri qu'il aura plus
« de confiance dans son médecin et, par suite, les frais de
« traitement seront diminués d'autant.

« La confiance ne se commande ni ne s'impose, et il ne
« suffit pas, pour que le malade ait confiance dans son
« médecin, que celui-ci lui soit imposé par une administra-
« tion.

« Les hommes étant égaux en droit, ce que le riche a droit
« de faire, le pauvre doit avoir le droit de le faire également.

« Il est donc contraire au respect de la personnalité
« humaine qu'une collectivité ou un individu puisse imposer
« un médecin à un malade.

« La loi sur les accidents du travail a consacré ces prin-

« cipes et a proclamé le droit pour les victimes de ces accidents de choisir librement leur médecin.

« Nous demandons que la loi accorde aux indigents la même liberté. »

Pour permettre au Parlement de se prononcer en toute connaissance de cause, le Ministère de l'Intérieur a fait procéder à une vaste et minutieuse enquête dans tous les départements.

Grâce à l'obligeance de M. Mirman, l'éminent directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de l'Intérieur, nous avons pu dépouiller les résultats de cette enquête.

Sur 87 départements, 64 ont, en 1907, le système du libre choix, 23 celui des circonscriptions médicales.

Les Préfets ont fait connaître leur avis sur la proposition de loi. Pour la plupart, ils reconnaissent que le système du libre choix donne lieu à des abus et occasionne une élévation de dépenses. Cependant, leurs avis sur la proposition Dubuisson se répartissent comme il suit :

50 sont hostiles à la proposition de loi.

36 sont favorables à la proposition de loi.

Les Conseils généraux des départements où fonctionne le libre choix paraissent presque tous disposés à le maintenir ; mais, par contre, ceux des départements où il n'est pas appliqué ne paraissent pas disposés à l'adopter.

Les opinions des Assemblées départementales et des Préfets sont donc partagées d'une façon presque égale sur la question avec cependant une prédominance en faveur du maintien du *statu quo*. Elle est, en effet, singulièrement délicate et appelle des solutions différentes et mêmes opposées suivant qu'on l'envisage au point de vue sentimental ou au point de vue financier.

Sans doute, les auteurs de la proposition de loi obéissent à une pensée généreuse en voulant, au point de vue du choix du médecin, assimiler le malade indigent au malade riche.

Mais, comme l'exposait avec une grande hauteur de vue et une remarquable précision de langage M. Vincent, préfet du Nord, au Conseil général de ce département, dans sa séance extraordinaire du 28 décembre dernier, il faut se garder de la fallacieuse puissance des mots et savoir regarder et voir la vérité.

« Eh bien, disait-il, quelque puissent être votre libéralisme, votre générosité et vos efforts, vous n'arriverez pas à donner aux indigents la latitude illimitée dont les riches peuvent jouir.

« C'est un fait regrettable sans doute, mais c'est un fait. Celui que la fortune a favorisé peut, à son gré, consulter le médecin qui lui plaît, le faire venir de loin ou aller le chercher au loin. Il peut s'adresser aux praticiens les plus célèbres de Lille, de Paris ou de l'étranger ; il peut recourir aux chirurgiens les plus renommés. Il en sera quitte pour quelques billets de mille francs qu'il paiera sans se ruiner ni se gêner. Celui dont la fortune est modeste ne pourra déjà pas s'offrir un tel luxe, il devra modérer sa fantaisie de malade. Quant aux malades de l'assistance médicale gratuite, vous ne pourrez jamais songer à leur procurer le luxe du choix absolu. Et, dans cette voie généreuse, vous serez bien vite arrêtés. On ne soigne à domicile que les maladies courantes, les maladies légères. Si le mal devient chronique, s'il s'agit d'un accident grave ou d'une maladie contagieuse, l'hospitalisation s'impose. Et dès que le malade sera transporté à l'hôpital, il devra bien subir les soins du médecin ou du chirurgien affecté à la salle où sera son lit. Les Commissions administratives ne con-

« sultent pas, ne peuvent pas consulter les malades qu'elles
« reçoivent. Les employés de chemins de fer, les ouvriers
« des usines, les membres de la plupart des sociétés de
« secours mutuels ne choisissent pas leurs médecins.

« La liberté que, dans vos dernières délibérations vous
« avez voulu donner aux assistés, vous avez vous-mêmes
« été amenés aussitôt à la restreindre dans des limites bien
« étroites. L'assisté ne pourra choisir qu'entre deux méde-
« cins qui lui seront d'avance désignés. Bien petit résultat
« pour un bien grand effort, et qui est bien loin de la pensée
« élevée qui a inspiré votre désir de réforme. »

M. le Préfet du Nord ajoutait d'ailleurs que cette réforme, les assistés ne la réclamaient pas. « Si le service était aussi
« opprimant qu'on le dit, pensez-vous que les intéressés
« n'auraient pas protesté ? »

Si on examine la question au point de vue des conséquences financières, on est amené à constater que, dans la plupart des cas, la liberté du choix du médecin entraîne le service de l'assistance médicale gratuite à des dépenses plus élevées : on est en droit de se demander si l'effort donné sera toujours proportionné au résultat obtenu.

Est-ce à dire qu'il convient d'écarter le système du libre choix ? Telle n'est pas notre pensée.

Dans beaucoup de départements, dans la Somme notamment comme nous l'avons vu, il a produit d'heureux effets, et nous avons fait connaître les raisons qui motivaient son maintien. La grande majorité des Conseils généraux l'a d'ailleurs adopté.

Mais nous estimons que le législateur a été bien inspiré en laissant, à cet égard, aux Assemblées départementales une simple faculté qu'il serait inopportun de transformer en obligation ; l'organisation du service doit se plier aux

habitudes déjà prises, aux conditions particulières du milieu.

Ce sont là des éléments divers que les Assemblées départementales sont particulièrement bien placées pour peser ; nul mieux qu'elles n'est qualifié pour concilier le devoir légal de l'assistance médicale avec les divers intérêts en jeu. « L'uniformité dans les lois secondaires, a écrit Tocqueville, « au lieu d'être un bienfait, est presque toujours un grand « mal, parce qu'il est peu de pays dont toutes les parties « puissent supporter la même législation jusque dans ses « détails. »

Ce que dit Tocqueville des lois secondaires peut s'appliquer aux œuvres de l'assistance publique. Il serait imprudent de les assujettir à un cadre et à des procédés uniformes.

Des renseignements donnés par le tableau que nous publions, nous avons d'ailleurs tiré la constatation suivante : La presque totalité des Conseils généraux des départements dans lesquels fonctionne le libre choix sont disposés à maintenir ce système, de même que ceux des départements où il n'est pas appliqué sont presque tous hostiles à son adoption. Cela tend à prouver que le système du libre choix et celui des circonscriptions médicales présentent tous deux des avantages qui, suivant les conditions du milieu, font préférer l'un ou l'autre.

Aussi, inclinons-nous à penser que les considérations invoquées par les auteurs de la proposition de loi ne sont pas suffisamment impérieuses pour justifier la modification de l'article 4 et rendre obligatoire pour les départements, le système du libre choix.

Abus constatés. — Contrôle spécial

Dès l'origine, le Conseil général de la Somme a eu à lutter contre les abus de toutes sortes auxquels donnait lieu l'appli-

cation de la loi de 1893. Nous les avons relevés successivement au cours de notre étude. Ils se réfèrent tantôt aux inscriptions, tantôt aux honoraires médicaux et aux fournitures pharmaceutiques, tantôt enfin aux hospitalisations. Le choix du système de rémunération des médecins joue ici un rôle prépondérant. Dans la Somme, le système dit Vosgien ou à la visite et le système à l'abonnement ont été expérimentés l'un après l'autre. Chacun d'eux a ses inconvénients. Le premier favorise la multiplicité des inscriptions et ouvre aux médecins la tentation d'augmenter leurs honoraires en même temps que le nombre des visites faites. Le second, s'il réduit au plus juste le chiffre des inscriptions, peut, par une exagération inverse, multiplier déraisonnablement les admissions d'urgence, beaucoup plus onéreuses. Il accroît aussi le nombre des hospitalisations.

L'épreuve successive de ces deux systèmes paraît avoir néanmoins démontré, dans la Somme, la supériorité du tarif à l'abonnement au point de vue des résultats financiers. Ce tarif comporte assurément un risque moindre par la fixité d'un des principaux éléments de dépense, savoir, le prix de revient des soins médicaux par tête d'inscrit, et aussi parce que les communes se trouvent plus directement intéressées à la limitation rationnelle des inscriptions. Mais la porte n'en demeure pas moins ouverte à des abus possibles, à l'excès des hospitalisations par exemple, et surtout à l'exagération des fournitures pharmaceutiques, certains médecins pouvant céder au désir de se concurrencer à coups d'ordonnances.

A cela, le Conseil général de la Somme a entendu remédier par l'organisation d'un contrôle chargé, non seulement de la vérification des listes et des mémoires, mais encore de procéder sur place aux enquêtes nécessaires. Ce contrôle,

confié à un fonctionnaire spécial, a déjà donné des résultats, et il y a tout lieu d'en attendre pour le budget de l'assistance médicale, un profit sérieux.

Modifications à apporter dans le service et dans la loi

I. Demi-assurance

D'autres mesures, dont certaines relèveraient du Parlement, peuvent être préconisées pour enrayer les dépenses injustifiées et pour remédier aux lacunes de l'œuvre d'assistance médicale.

Comme l'a formulé M. Henri Monod, le secours n'est dû « qu'à l'absolu besoin et dans la mesure de l'absolu besoin ». Or, il peut arriver que la situation, le gain normal de l'assisté le mettent en mesure de faire face soit pendant la maladie, soit après la guérison, sinon à la totalité, tout au moins à une part plus ou moins importante des frais médicaux et pharmaceutiques. L'assistance gratuite ne doit intervenir qu'à titre de complément nécessaire. Or, dans la Somme, elle est toujours acquise intégralement et sans réserve à tous les inscrits sans distinction. Ne serait-il pas utile cependant qu'elle comportât parfois des tempéraments, que, dans des cas déterminés, elle n'ouvrît le droit par exemple qu'à la gratuité soit des soins médicaux, soit des médicaments ? Certains départements ont cru bien faire en instituant une demi-assistance, la moitié des frais de maladie incombant à la collectivité, l'autre moitié restant à la charge de l'assisté. N'y a-t-il pas là une intéressante initiative ?

II. Réforme des Commissions cantonales

C'est, comme on le sait, le Bureau d'assistance qui doit procéder le premier à l'établissement de la liste des personnes admises à l'assistance médicale. Cette liste est ensuit

arrêtée par le Conseil municipal et le législateur a accordé à tout habitant ou contribuable un droit de réclamation dont il a précisé le délai et les diverses autres conditions.

Aux termes de l'article 17, il est statué souverainement sur ces réclamations, le maire entendu ou dûment appelé, par une Commission cantonale composée du Sous-Préfet de l'arrondissement, du Conseiller général, d'un Conseiller d'arrondissement dans l'ordre de nomination et du Juge de paix du canton.

Le Sous-Préfet, ou à son défaut, le Juge de paix, préside la Commission.

On peut constater qu'en fait, les intéressés n'usent que très peu du droit de réclamation qui leur est ouvert par la loi. Dans le département de la Somme, où cependant les réclamations ont été comparativement des plus nombreuses, elles n'atteignent pas une moyenne de dix par année, ainsi que nous l'avons signalé.

Est-ce à dire que la composition de ces listes soit à l'abri de toute critique de la part de ceux qui ont un droit de recours ? Une telle conclusion serait, à notre sens, tout à fait contraire à la réalité des faits.

Si les réclamations sont aussi rares, cela tient surtout à ce que le plus souvent les intéressés ignorent la loi, à ce qu'ils hésitent à s'engager dans la procédure du recours et surtout à ce qu'ils escomptent la possibilité, en cas de maladie, de se faire inscrire d'urgence. Or, nous l'avons vu plus haut, lorsque les inscriptions d'urgence, qui devraient constituer une mesure tout à fait exceptionnelle, se généralisent, il en résulte pour les collectivités des charges anormales et singulièrement onéreuses. Il serait préférable, même au prix de réclamations beaucoup plus nombreuses, de voir s'atténuer la charge insolite des inscriptions d'urgence.

Il conviendrait, en tout cas, de prendre certaines mesures pour remédier aux conditions défectueuses dans lesquelles sont actuellement dressées les listes, qu'il s'agisse soit d'obtenir la radiation d'individus inscrits indûment, soit de réclamer l'inscription de personnes que la Commission administrative du Bureau ou le Conseil municipal aurait écartées à tort.

Le remède à cet état de choses qui a donné lieu à de vives critiques consiste, à notre avis, dans l'adoption des deux mesures ci-après :

1^o Modification dans la composition des Commissions cantonales ;

2^o Institution d'une Commission centrale d'appel statuant définitivement sur les recours.

1^o Modification dans la composition des Commissions cantonales

L'article 17 précité indique la composition de la Commission cantonale. En fixant à quatre le nombre des membres de cette Commission, le législateur n'a pas, en cas de partage des voix, accordé la prépondérance au vote du Président.

La Commission se compose donc de deux parties égales : l'élément électif, représenté par le Conseiller général et le Conseiller d'arrondissement ; l'élément fonctionnaire, représenté par le Sous-Préfet et le Juge de paix. Les représentants de ces deux éléments apportent, dans la généralité des cas, le même esprit de conciliation et le même dévouement aux intérêts des malades indigents.

Apportent-ils la même indépendance ? Une réponse affirmative serait téméraire.

Souvent placé entre son devoir et son intérêt électoral,

l'élu cantonal éprouvera de fréquentes hésitations. N'est-il pas à craindre qu'elles se traduisent souvent aussi par cette forme commode de l'irresponsabilité qui s'appelle l'abstention. Il n'est pas possible de dresser à cet égard des statistiques, mais tous ceux qui sont au courant de ce qui se passe au sein des Commissions cantonales reconnaîtront avec nous le bien-fondé des craintes que nous exprimons.

Elles nous amènent à conclure à la nécessité de modifier la composition des Commissions cantonales.

Pourquoi ne s'inspirerait-on pas des principes qui ont amené la rédaction de l'article 11 de la loi du 14 juillet 1905 sur l'Assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources ? Les considérations ne sont-elles pas les mêmes et n'est-ce pas l'expérience des déficiences que nous venons de signaler qui a amené le Parlement à composer autrement la Commission prévue à l'article 11. Elle comprend, en plus des membres de la Commission cantonale créée pour l'application de la loi du 15 juillet 1893 :

1^o Une personne désignée par le Préfet :

2^o Un délégué des Bureaux d'assistance du canton ;

3^o Un délégué des Sociétés de secours mutuels existant dans le canton.

La tâche du délégué du Préfet consistera à mieux garantir les intérêts financiers des collectivités ayant à faire face aux charges du service. La présence du délégué des Bureaux d'assistance du canton assurerait une représentation spéciale aux intérêts charitables. Quant au délégué des Sociétés de secours mutuels, sa présence est justifiée dans la Commission cantonale pour l'assistance aux vieillards, l'article 20 de la loi de 1905 liant ces associations d'une façon intime à son fonctionnement ; elle n'aurait pas sa raison d'être dans la

Commission cantonale de l'assistance médicale gratuite.

Au lieu du délégué des Sociétés de secours mutuels, il serait préférable d'adjoindre à cette Commission le contrôleur départemental dans les départements où le contrôle que nous souhaiterions de voir rendre obligatoire, a été organisé.

2^o Institution d'une Commission centrale d'appel statuant définitivement sur les recours

La modification apportée par la loi du 14 juillet 1905 à la composition des Commissions cantonales n'est pas la seule qui pourrait lui être utilement empruntée.

Cette loi a institué, aux termes de l'article 17, une Commission centrale « composée de 15 membres du Conseil supérieur « de l'Assistance publique élus par leurs Collègues et de « 2 membres du Conseil supérieur de la Mutualité pour « statuer sur les recours et donner son avis sur l'admission « à l'assistance de l'Etat. »

Nous estimons que la création d'une Commission centrale analogue, pour l'assistance médicale gratuite serait appelée à un rôle efficace ; elle aurait souvent l'occasion de redresser les erreurs que peuvent contenir les décisions des Commissions cantonales, tant sous le rapport de la forme qu'au point de vue du fond. Il suffirait d'ailleurs, pour la raison ci-dessus exposée, que cette Commission centrale comprît 15 membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; la présence de 2 membres du Conseil supérieur de la Mutualité ne paraissant pas justifiée.

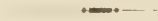
Ces deux modifications à la loi de 1893 auraient, croyons-nous, le double résultat d'éviter des dépenses frustratoires et de mieux assurer le fonctionnement normal de l'assistance médicale.

III. Assistance aux tuberculeux

Nous avons signalé en passant une inévitable lacune de la loi de 1893. Nous avons montré que les tuberculeux curables n'en recueillaient pas le bénéfice. Le traitement de la tuberculose exige en effet, pour être efficace, le repos, la suralimentation et la cure d'air. Or, ni les indemnités de chômage, ni les frais du régime suralimentaire, ni l'hospitalisation dans les sanatoriums ne rentrent dans la catégorie des dépenses obligatoires du service de l'assistance médicale. En fait, c'est là toute une catégorie de malades, non la moins intéressante, qui échappe à l'application de la loi. Est-ce à dire que les pouvoirs publics s'en soient désintéressés ? Non pas, et nous avons vu que le Conseil général de la Somme, dont il faut bien dire qu'on le trouve toujours à l'avant-garde des Assemblées départementales en matière d'hygiène et d'assistance, s'est préoccupé de cette importante question. Sur l'initiative de l'honorable M. Klotz, président de la Commission spéciale d'étude, le Conseil général, adoptant les conclusions du rapporteur, M. de Douville-Maillefeu, a défini le rôle tactique du département dans la lutte contre la tuberculose et préconisé un certain nombre de solutions dont l'examen nous entraînerait au-delà de notre sujet. Qu'il nous suffise de marquer qu'il y a là matière à tout un ensemble de mesures législatives et à l'intervention nouvelle, sous une forme à déterminer, de cette trinité solidaire que forment, dans toutes les questions d'assistance, la Commune, le Département et l'Etat.

En résumé, et quelles que soient les critiques de détail qui s'imposent, nous pouvons dire que dans le département de la Somme l'œuvre législative de 1893 a répondu aux espé-

rances qu'elle avait fait concevoir. Après un tassement nécessaire, après des résistances ou des abus passagers et dont un contrôle instant finira de venir à bout, la loi paraît entrée définitivement dans les mœurs. Les réactions constatées au cours du premier stade n'étaient guère évitables. Aujourd'hui, solidement assise sur la base inébranlable des principes qu'elle a posés, la loi d'assistance médicale gratuite continue à fonctionner avec rigueur et plénitude au bénéfice de tous ceux qu'elle entendait secourir. Les réclamations des intéressés, les recours pour refus d'inscription demeurent l'exception. Le sacrifice exigé des contribuables paraît raisonnablement limité et ne pèse pas trop lourdement sur les budgets locaux. Ainsi, l'Etat républicain, aidé des Assemblées départementales et communales, se sera acquitté, en secourant la souffrance, de son premier devoir social. D'autres se sont imposés à lui depuis 1893, qu'il a courageusement acceptés, et qu'il remplira jusqu'au dernier. Après la maladie, c'est à l'infirmité hier, à la vieillesse aujourd'hui, demain au chômage, qu'il entend apporter, sinon le remède absolu, du moins l'aide efficace. Ainsi se trouve chaque jour mise en action par ses soins, cette affirmation théorique de la Déclaration des Droits de l'Homme
« Les secours publics sont une dette sacrée. »



BIBLIOGRAPHIE

- Conseil supérieur de l'Assistance publique.* — Fascicule 9.
Médecine gratuite en faveur des indigents des campagnes.
- Conseil supérieur de l'Assistance publique.* — Fascicule 22.
Rapport du Docteur DREYFUS-BRISAC (1888).
- Conseil supérieur de l'Assistance publique.* — Fascicule 46.
Exécution de la loi sur l'Assistance médicale gratuite. —
Loi. — Circulaire. — Règlements.
- Conseil supérieur de l'Assistance publique.* — Exécution de
la loi du 15 juillet 1893 pendant les années 1895, 1896,
1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902. — Fascicules 55,
61, 92.
- RECUEIL DES TRAVAUX DU CONGRÈS INTERNATIONAL D'AS-
SISTANCE PUBLIQUE ET DE BIENFAISANCE PRIVÉE DE
1900.
- REVUE POLITIQUE ET PARLEMENTAIRE. — « *La Crise du
Libéralisme en matière d'assistance* » par M. G. DELPRAT,
février et octobre 1908.
- Conseil général de la Somme.* — Rapports du Préfet de
Procès-verbaux des délibérations.
- DE GÉRANDO. — *De la Bienfaisance publique* (1839).
- BERTHÉLEMY. — *Traité élémentaire de Droit administratif.*
- G. RONDEL. — *La Commune et l'Assistance obligatoire* (1907).
- CAMPAGNOLE. — *Commentaire de la Loi du 15 juillet 1893* (1894).
- Th. PLOT. — *Aide-Mémoire à l'usage des Maires, Admi-
nistrateurs des Hospices, etc... appelés à concourir à
l'application de la loi du 15 juillet 1893* (1898).

- BLOCH et MAGUERO. — *Dictionnaire de l'Administration Française*.
- AIN. — *L'Assistance aux Malades*. Thèse, Montpellier (1909).
- D^r BOJU. — *L'Assistance médicale dans un Département*. Thèse de Médecine (1897.)
- MONOD. — *L'Assistance médicale obligatoire* (1903).
- REVUE COMMUNALE. — « *L'Assistance Française* », conférence de M. G. RONDEL à l'Exposition universelle, 1900, page 455.
- Du Droit à l'Assistance*, 1900, page 296.
- L'Assistance médicale gratuite*, par Emile AUGER. — (De l'organisation spéciale prévue par la loi de 1893), 1908, page 280.
- REVUE GÉNÉRALE D'ADMINISTRATION. — « *Communes demandant à avoir une organisation spéciale*, 1905. Tome II, page 503.
- « *Organisation financière du Service de l'Assistance médicale gratuite*, 1896. Tome I, page 500.
- BOUISSET. — *Assistance médicale gratuite*. — De son obligation légale, des recours ouverts aux individus, aux collectivités et aux hôpitaux (1903).
- DUPONT. — *Le Service de l'Assistance médicale gratuite en France, dans les départements de la région du Nord et des environs de Paris, et particulièrement du département de l'Oise* (1900).
- Conseil général du Nord*. — Procès-verbal des délibérations de la session extraordinaire du 28 décembre 1909.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE. — La loi sur l'Assistance médicale gratuite :	
CHAPITRE I. — Économie générale de la loi.	9
CHAPITRE II. — Conséquences morales	19
CHAPITRE III. — Conséquences financières.	23
DEUXIÈME PARTIE. — Application de la loi sur l'Assistance médicale gratuite dans le département de la Somme :	
CHAPITRE I. — Le Service médical de Charité	33
CHAPITRE II. — Élaboration du règlement départemental	39
CHAPITRE III. — Admission aux secours	57
Fonctionnement des Commissions cantonales.	66
CHAPITRE IV. — Délivrance des secours	71
CHAPITRE V. — Charges financières du service	79
§ I. — Les honoraires des médecins.	79
Conflit entre le Conseil général et le Syndicat des Médecins de la Somme	92
§ II. — Dépenses de médicaments et d'appareils	105
§ III. — Dépenses d'opérations.	111
§ IV. — Honoraires des sages-femmes et dépenses d'accouchements	117
§ V. — Dépenses d'hospitalisation	120
§ VI. — Examen d'ensemble des charges financières et ressources du Service de l'Assistance médicale.	127
CHAPITRE VI. — Service de contrôle	139
CHAPITRE VII. — Services communaux autonomes	149
CONCLUSION	171

